

# Psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker

Merete Holvik Repstad



Hovedoppgave i spesialpedagogikk

Cand. Ed. Studiet

Det utdanningsvitenskaplige fakultet

Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2007



# **SAMMENDRAG**

## ***Tittel***

Tittel på oppgaven er ”Psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker”. Jeg har foretatt en studie, der jeg har undersøkt forhold ved den psykiske helsen hos barn med spesifikke språkvansker.

## ***Bakgrunn og formål***

Psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker er et felt som er lite belyst i Norge. Bakgrunn for min undersøkelse var et ønske om å se nærmere på forhold ved psykisk helse hos disse barna. Jeg ønsket å finne ut om barn med spesifikke språkvansker har problemer med psykisk helse, og noe om hvilke områder i forhold til psykiske helsen barna kan ha vansker i forhold til. Videre ønsket jeg å undersøke om den psykiske helsen varierer med alder og kjønn. Psykisk helse er et stort område. Jeg var opptatt av vennskap og selvbilde, som jeg mente kunne være viktige områder i når det gjelder psykisk helse. I undersøkelsen valgte jeg derfor å gå nærmere inn på vennskap og selvbilde, i forhold til barn med spesifikke språkvansker.

## ***Problemstilling***

Problemstilling for oppgaven er som følger:

*Hvordan er psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker?*

Problemstillingen er operasjonalisert i fire forskningsspørsmål. Disse danner grunnlaget for, og er fokuset i undersøkelsen. Fremstilling drøfting av resultater legges frem med utgangspunkt i disse. Mine forskningsspørsmål er:

- 1. Har barn med spesifikke språkvansker oftere problemer med psykisk helse enn andre barn?*
- 2. Hva slags problemer har barna med psykisk helse?*
- 3. Varierer psykisk helse hos disse barna med alder og kjønn?*
- 4. Har mange av barna problemer med vennskap og selvoppfatning?*

### ***Metode***

I undersøkelsen er det valgt å bruke kvantitativ metode med deskriptivt design. Som instrument for datainnsamlingen har jeg brukt Personlighetsinventorium for barn (PIC). Dette er et spørreskjema om barns psykiske og fysiske helse, som besvares av barnets foreldre. Jeg har benyttet en variant som består av 280 spørsmål. Utvalget består av 63 barn i alderen 5- 15 år. Disse er utredet og har fått diagnosen spesifikke språkvansker ved Bredtvet kompetansesenter.

### ***Data- analyse***

Datamaterialet er systematisert og bearbeidet ved hjelp av SPSS (Statistical Package for Social Science). Resultatene i undersøkelsen er fremstilt i figurer, frekvens- og krystabeller.



***Resultater og konklusjon***

Det viste seg at barna med spesifikke språkvansker oftere hadde problemer med psykisk helse, enn barn uten vansker. 57 % av barna i utvalget hadde vansker med psykisk helse. Til sammenligning skal en generelt i befolkningen kunne forvente at dette gjelder 13 % av barn i samme aldersgruppe (Lachar & Gdowski, 1979). Barna i utvalget hadde som gruppe størst problemer med områder relatert til kognitiv utvikling, sosial inkompetanse, tilbaketrekking, depresjon og angst. Det kom ikke frem signifikante forskjeller når det gjaldt om psykisk helse varierer med alder og kjønn.

Det viste seg at vennskap ifølge foreldrene var et problem for i overkant av 30 % av barna. Disse hadde ikke en virkelig god venn, og en noe høyere andel hadde svært få venner. 40 % av foreldrene lurte ofte på om barnet deres var ensomt. Halvparten av barna i utvalget hadde ifølge foreldrene liten selvtillit, og 40 % av disse barna omtaler seg selv som dum eller tåpelig.

Resultatene i undersøkelsen gjelder slik det viser seg gjennom Personlighetsinventorium for barn (PIC).

## FORORD

Etter en lang prosess føles det rart å skrive mine siste linjer på hovedfagsoppgaven. Denne har jeg levd med lenge, og mye har skjedd i livet mitt siden oppstart. Jeg kan nå se tilbake på en spennende og svært lærerik tid. Det har vært inspirerende å få fordype seg i et tema, og jeg har fått mye ny kunnskap om psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker. Hovedoppgaven har også gitt meg nyttige erfaringer i forhold til å gjennomføre et forskningsprosjekt.

Undersøkelsen hadde ikke vært gjennomført uten gode hjelpere. En stor takk går til min veileder Anne-Lise Rygvold, som sporty har stilt opp og gitt gode faglige råd og inspirasjon underveis. Takk også til Ernst Ottem og Bredtvet kompetansesenter, for veiledning og inspirasjon til å fordype meg i dette temaet.

Til slutt vil jeg takke familie og venner, som på hver sin måte har bidratt med hjelp, støtte og oppmuntring underveis i prosessen. Den største takken går til Tor Øystein og våre tre små, som tålmodig har gitt meg tid, rom og inspirasjon, til å fordype meg i, og fullføre oppgaven.

Kristiansand, 23.mars 2007

Merete Holvik Repstad

# Innhold

<b>SAMMENDRAG.....</b>	<b>I</b>
<b>INNHold .....</b>	<b>V</b>
<b>KAPITTEL 1 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
<b>KAPITTEL 2 SPRÅKVANSKER.....</b>	<b>3</b>
2.1 SPRÅK OG KOMMUNIKASJON .....	3
2.2 BARN MED SPRÅKVANSKER .....	4
<b>KAPITTEL 3 BARN MED SPESIFIKKE SPRÅKVANSKER .....</b>	<b>6</b>
3.1 SPESIFIKKE SPRÅKVANSKER .....	6
3.2 PREVALENS OG ÅRSAKSFORHOLD .....	8
3.3 KRITERIER FOR SPESIFIKKE SPRÅKVANSKER .....	9
3.3.1 Undergrupper av spesifikke språkvansker .....	13
3.4 HVORDAN SPRÅKVANSKENE KOMMER TIL UTTRYKK .....	14
<b>KAPITTEL 4 PSYKISK HELSE HOS BARN MED SPESIFIKKE SPRÅKVANSKER .....</b>	<b>18</b>
4.1 PSYKISK HELSE .....	18
4.1.1. Psykisk helse og risikofaktorer .....	20
4.2 PSYKISK HELSE OG SPESIFIKKE SPRÅKVANSKER .....	23
4.3 VENNSKAP .....	25
4.4 SELVOPPFATNING.....	28
4.4.1. Hva er selvoppfatning?.....	29
4.4.2 Hvordan dannes selvoppfatningen?.....	29
4.5 FOREBYGGING OG MESTRING.....	32
4.5.1. Forebygging av problemer omkring psykisk helse .....	32

---

4.5.2 Mestring.....	33
<b>KAPITTEL 5 METODE .....</b>	<b>36</b>
5.1 UTVALG .....	36
5.2 VALG AV METODE .....	37
5.3. PERSONLIGHETS INVENTORIUM FOR BARN (PIC) .....	38
5.3.1 PIC's skalaer .....	40
5.3.2 Analyse av dataene.....	46
5.3.3 Kritiske bemerkninger i forhold til PIC.....	46
5.4 REFLEKSJONER I FORBINDELSE MED UNDERSØKELSEN .....	49
5.4.1 Validitet.....	49
5.4.2 Reliabilitet.....	51
5.4.3 Generaliserbarhet .....	53
5.5 DATAANALYSEN .....	54
5.6 ETISKE OVERVEIELSER .....	54
<b>KAPITTEL 6 PSYKISK HELSE HOS BARN I UTVALGET.....</b>	<b>56</b>
6.1 UTVALGET.....	56
6.2 HAR BARN MED SPESIFIKKE SPRÅKVANSKER OFTERE PROBLEMER MED PSYKISK HELSE ENN ANDRE BARN? .....	59
6.2.1 Konklusjon .....	62
6.3 HVA SLAGS PROBLEMER HAR BARN MED PSYKISK HELSE? .....	62
6.3.1 Hovedproblemer innen psykisk helse.....	63
6.3.2 Spesifikke problemområder i forhold til psykisk helse.....	65
6.3.3 Konklusjon .....	73
6.4. VARIERER DEN PSYKISKE HELSEN MED ALDER OG KJØNN? .....	73

---

6.4.1 <i>Psykisk helse og alder</i> .....	74
6.4.2 <i>Psykisk helse og kjønn</i> .....	79
6.4.3 <i>Konklusjon</i> .....	83
6.5 HAR MANGE AV BARN PROBLEMER MED VENNSKAP OG SELVOPPFATNING? .....	83
6.5.1 <i>Vennskap</i> .....	84
6.5.2 <i>Selvoppfatning</i> .....	90
6.5.3 <i>Konklusjon</i> .....	93
<b>KAPITTEL 7 AVSLUTNING</b> .....	<b>95</b>
7.1 PSYKISK HELSE HOS BARN MED SPESIFIKKE SPRÅKVANSKER .....	95
7.2 VEIEN VIDERE.....	99
7.3 TILBAKEBLIKK PÅ UNDERSØKELSEN .....	100
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>102</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>112</b>

## KAPITTEL 1 INNLEDNING

Psykisk helse er et område av betydning for trivsel og god utvikling for alle mennesker. Dette kan være spesielt viktig for mennesker som har en vanske, siden denne kan gi dem ekstra utfordringer i livet. En slik gruppe er mennesker med spesifikke språkvansker. Ikke minst gjelder dette barn. Barn er i større grad enn voksne sårbare for ulik type påvirkning og er hele tiden i utvikling på mange områder. Forhold som psykisk helse, kan være med å påvirke denne utviklingen i negativ eller positiv retning. Bakgrunn for min undersøkelse var nettopp et ønske om å se nærmere på psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker. Psykisk helse mener jeg kan være av betydning livskvalitet og god utvikling på flere områder for disse barna. Dette gav inspirasjon til å forske på nettopp dette feltet. I undersøkelsen ønsket jeg å få mer kunnskap om den psykiske helsen disse barna, og jeg ville undersøke om den psykiske helsen hos disse varierer med forhold som alder og kjønn. Psykisk helse er et stort felt, og jeg valgte derfor å fordype meg spesielt i vennskap og selvoppfatning hos disse barna. Dette dannet grunnlaget for mitt videre arbeid med temaet, og for utforming av problemstilling for oppgaven. Denne er som følger: *Hvordan er den psykiske helsen hos barn med spesifikke språkvansker?*

Problemstillingen er operasjonalisert i tre forskningsspørsmål som danner grunnlaget for, og er fokuset i undersøkelsen. Disse er også førende for utforming av denne.

Mine forskningsspørsmål er:

- 1. Har barn med spesifikke språkvansker oftere problemer med psykisk helse enn andre barn?*
- 2. Hva slags problemer har barna med psykisk helse?*
- 3. Varierer psykisk helse hos disse barna med alder og kjønn?*
- 4. Har mange av barna problemer med vennskap og selvoppfatning?*

Undersøkelsen er delt i fire deler. Teoridelen gir en kortfattet oversikt over området spesifikke språkvansker. Videre kommer jeg i denne delen inn på psykisk helse, vennskap og selvbilde, mestring og forhold omkring forebygging av problemer i forhold til psykisk helse.

I metodekapittelet gjør jeg rede for valg av utvalg og metode, og kommer nærmere inn på Personlighetsinventorium for barn (PIC), som danner grunnlaget for å få svar på mine forskningsspørsmål. Denne gir opplysninger om psykisk helse, ut fra foreldrenes svar på et spørreskjema, bestående av 280 spørsmål omkring fysisk og psykisk utvikling. Dette inneholder også testledd knyttet til vennskap og selvbilde, som jeg bruker i forhold til å besvare mitt siste forskningsspørsmål. I denne delen av undersøkelsen gjør jeg meg også refleksjoner i forbindelse med undersøkelsens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Jeg kommer også her inn på dataanalysen som er foretatt og etiske overveielser omkring undersøkelsen som helhet.

Tredje del av oppgaven omhandler resultatene av undersøkelsen. I denne beskrivers mine antagelser på forhånd og resultatene legges frem. Disse drøftes underveis.

Til sist oppsummeres undersøkelsen som er gjort og jeg prøver å trekke noen slutninger, på bakgrunn av min problemstilling og mine forskningsspørsmål, omkring barn med spesifikke språkvansker og psykisk helse.

## KAPITTEL 2 SPRÅKVANSKER

I denne første delen av undersøkelsen, kommer jeg inn på språk og kommunikasjon, og viktigheten av disse områdene for alle mennesker. Videre settes søkelyset på barn som av ulike årsaker strever med språk og i kommunikasjon med andre, og hvordan språkvanskene kan komme til uttrykk.

### 2.1 Språk og kommunikasjon

Språket har alltid vært en viktig del av menneskets natur. Språktilegnelsen starter med det samme barnet er født, kanskje allerede i mors liv (Bloom, 1993). Verbalt språk kan forklares som ord eller ytringer som viser til noe annet enn seg selv, og som kan benyttes for å formidle mening til hverandre (Rygvoid, 2001). Ikke- verbalt språk er forhold som intonasjon, mimikk og bevegelse. Også dette er en viktig del av helhetsbildet, når vi kommuniserer med andre. Språket kan ses på som et redskap for tanken og er avgjørende for samspillet med andre mennesker (Vygotsky, 1978). Det har betydning for mange utviklingsområder, og er blant annet viktig for utvikling av identitet og selvoppfatning.

Språkbegrepet henger nøye sammen med ordet kommunikasjon, som kommer av det latinske "communicare". Dette betyr å gjøre felles eller dele, og kan forstås som " *enhver tilsiktet eller ikke tilsiktet overføring av følelser, informasjon, holdninger osv. fra en person til en annen*" (Tetzcher m. fl. 1993, s14). Denne

kommunikasjonshandlingen forklares av Rommetveit (1973, s 32), som " *ein sendar eller budskapsformidlar med ein intensjon om å gjera noko kjent for ein mottakar*".

Rommetveit gir videre en beskrivelse av grunntrekkene i en slik kommunikasjonshandling. Denne starter med at en person, avsenderen, bevisst ønsker å gjøre noe kjent for en annen, mottakeren. For å oppnå dette koder avsenderen et budskap inn i et kommunikasjonsmiddel eller medium. Mottakeren må avkode mediet for å oppfatte budskapet i avsenderens kommunikasjon.

Kommunikasjonspartene må også ha en felles forståelse av situasjonen, for at



kommunikasjonen skal føre frem og være vellykket (Bishop, 1997). Denne kommunikasjonshandlingen er en avansert prosess, og mye kan gå galt underveis, og dermed hindre budskapet i å nå frem til mottakeren. En del barn kan ha problemer i forhold til denne avanserte prosessen, som er en så viktig del av mellommenneskelige forhold. Barn med språkvansker er eksempel på en slik gruppe (Gertner m.fl., 1994).

## 2.2 Barn med språkvansker

Når en ser på kompleksiteten i språket, er det imponerende hvordan det lille barnet i løpet av sine første leveår, utvikler et språk. Dette skjer tilsynelatende uten større vanskeligheter, ut fra det språkmiljø barnet omgis av. Om denne prosessen påpekes det av Pinker (1984, s 29) at: *“In general, language acquisition is a stubbornly robust process; from what we can tell there is no way to prevent it from happening short of raising a child in a barrel”*.

Noen barn har av ulike årsaker problemer i språkutviklingen sin. Noen ganger er disse språkvanskene knyttet opp mot et annet problemområde. Dette kan være en skade eller en utviklingsmessig tilstand hos barnet, som fører til en unormal språkutvikling hos barnet. Årsaksforhold som kan gi vansker er mange, for eksempel kan psykisk utviklingshemming eller hørselsskader gi konsekvenser for barnets utvikling av språk. Språkvanskene kan i slike tilfeller kalles en sekundær vanske (Adams m.fl., 1997). Når vanskene oppstår uten at det forekommer noen kjent årsak, kan språkvansken betegnes som en primær vanske. Spesifikke språkvansker er eksempel på en slik primær vanske, der noe av kriteriet for å få diagnosen ofte er nettopp fravær av andre kjente årsaksforhold (Bishop, 1997; Leonard, 2000).

Uansett årsak, kan vanskene komme til uttrykk på ulike måter. Barn kan ha problemer både med å uttrykke seg og å forstå andre. Ofte vil barnet ha en viss grad av vansker i forhold til begge deler (Bishop, 1997). For å få nærmere innblikk i hva barnet strever med, kan Bloom og Laheys (1978) beskrivelse av språkets ulike komponenter være nyttig. Dette både for kartlegging og forståelse av hva barnet strever med. Deres

modell samler både det kognitive, kommunikative og lingvistiske aspektet ved språk (Rygvoid, 2001), og kan brukes i forhold til å beskrive barnets vansker.

*Språklig innhold* eller semantikk dreier seg om forståelse av meninger og ideer som ligger bak ord og ytringer. *Språkets form* eller struktur har med hvordan det talte ord kommer til uttrykk. Gjennom lingvistisk terminologi kan dette beskrives som tre nivåer av språkets formside. Fonologi handler om språklyder og hvordan de kombineres, morfologi om hvordan ordene er bygget opp hvordan de dannes og om grammatikalske bøyinger og syntaks om ordrekkefølge og om hvordan ordene settes sammen til fraser og setninger. *Språk i bruk* eller pragmatikk refererer til evnen til å kommunisere, og om hvordan og hvorfor vi bruker språket i sosiale sammenhenger (Endresen m. fl., 2000).

Barna kan ha problemer med alle de ulike deler av språket og også ulik grad av vansker. Som andre barn, har i tillegg også disse individuelle personlighetstrekk og sterke og svake sider. Også konsekvenser av å leve med en språkvanske vil oppleves og være forskjellig disse barna. Barn med språkvansker fremstår derfor som en svært uensartet gruppe, der barnets unike personlighet vil være avgjørende for hvordan livet preges av vanskene.

## KAPITTEL 3 BARN MED SPESIFIKKE SPRÅKVANSKER

Hos noen barn oppstår som nevnt språkvanskene uten at en helt kan forstå hvorfor. Barnet har ingen funksjonshemming eller det er til stede andre forhold, som kunne forklare hvorfor barnet strever med språket sitt. Dette gjelder for barn med spesifikke språkvansker (Leonard, 2000; Bishop, 1997), og det er denne gruppen barn jeg videre i undersøkelsen vil konsentrere meg om.

### 3.1 Spesifikke språkvansker

Spesifikke språkvansker er verken et nytt fenomen, eller et nytt forskningsfelt. Barn har til alle tider strevd med utvikling og mestring av språket, uten at man har kunnet forklare årsaken til dette. Fordi man ikke visste hvorfor, og fremdeles ikke har nok kunnskap om grunnen til at enkelte barn ikke utvikler språket som andre, har forskere på ulike måter prøvd å forklare spesifikke språkvanskers årsaker og natur. Denne forskningen har underveis gitt mer kunnskap, men definisjonene og termene har vært mange og ulike. Terminologi er viktig fordi de legger linjer for kriterier for diagnoser, og antyder i noen tilfeller noe om årsaker til vanskene. Slik legger definisjoner føringer for hvem som skal regnes innenfor en diagnose, som for eksempel spesifikke språkvansker (Leonard, 2000). Jeg vil videre komme inn på utviklingen av begrepet spesifikke språkvansker, og til slutt velge en egen definisjon som undersøkelsen videre bygger på.

For å betegne barn med språkvansker har termer som "developmental aphasia" og "developmental dysphasia", blitt brukt. Disse er knyttet til afasibegrepet og refererer til "tap av språk" eller "språkforstyrrelse", og da gjerne til språkforstyrrelse som resultat av en hjerneskade. I dag er det sjelden man ser på hjerneskade som en del av bildet i forhold til spesifikke språkvansker, og disse termene er dermed mindre aktuelle (Bishop, 1997). Det samme gjelder betegnelsen "forsinket språkutvikling" som antyder at språkutviklingen er normal, men holder et lavere tempo enn hos andre

barn. Dette spørsmålet er imidlertid mye diskutert, og man vet fremdeles ikke om barn med spesifikke språkvansker tilegner seg språket i et lavere tempo enn andre barn, eller om de har en mer spesifikk forstyrrelse. Termen ”developmental language disorder” forklares slik (Adams m.fl., 1997, s 4): *”..developmental language disorder simply denotes that something has gone wrong with the language behaviour of the developing child. It is a descriptive term that covers all range of conditions and impairments from word-finding difficulty to the inability to generate and maintain personal and social relationships through language”*.

Ved å trekke frem språkets rolle i barnets samspill med andre, settes det også fokus på det sosiale aspektet ved det å ha en språkvanske, som et viktig problemområde som termen dekker. Nemlig at barn med spesifikke språkvansker, kan ha problemer i forhold til å opprette og opprettholde personlige forhold til andre mennesker, ved hjelp av sitt språk. Språkets betydning i forhold til sosial kontakt og i sosiale relasjoner, er ifølge dem viktig også for barnets allmenne trivsel, utvikling og psykiske helse. Dette aspektet ved det å ha en spesifikk språkvanske vil være sentral også i min undersøkelse.

Om språket ikke utvikles som forventet benyttes betegnelsen ”specific language impairment” eller spesifikke språkvansker. Dette er en nyere term som viser til *”..a child whose language development is substantially below age level for no apparent cause”* (Bishop, 1997, s 19). Som Adams m.fl., ser Bishop i denne definisjonen vanskene i lys av normal utvikling, men er nøytral i forhold til hva som er årsaken til at språket ikke utvikles som det normalt skal gjøre. Som nevnt utvikles språket vanligvis på en naturlig måte i løpet av barnets første leveår. Pinker (1984) sier at språkutviklingen er en sterk og robust prosess. Hos barn med spesifikke språkvansker skjer derimot ikke utviklingen av språket på samme måte som hos andre, og barnet strever med et eller flere språklige områder. Dette selv om barnet har normal intelligens og normal utvikling på andre områder. Leonard går videre i å sette begrensninger rundt begrepet når det påpekes at: *“The only thing clearly abnormal about these children is that they don’t learn language rapidly and effortlessly”* (Leonard, 2000, s 3) og definerer videre spesifikke språkvansker med: *”..children who*

---

*show a significant limitation in language ability, yet the factors usually accompanying language learning problems- such as hearing impairment, low nonverbal intelligence test scores, and neurological damage- are not evident”.*

Barnas problemer er knyttet til språklige evner uten at dette har årsak i kjente forhold en vet kan føre til slike vansker. Disse forhold kommer jeg nærmere inn på senere i oppgaven. Jeg velger å bygge min forståelse av spesifikke språkvansker på Leonards definisjon (2000). Med utgangspunkt i denne lager jeg min egen som jeg videre bygger på i min undersøkelse:

Barn med spesifikke språkvansker er barn som ikke utvikler språket som forventet selv om faktorer en er kjent med kan gi slike vansker, ikke er til stede.

### 3.2 Prevalens og årsaksforhold

Spesifikke språkvansker har en prevalens på omkring 5-7 prosent av befolkningen (Ottem, 1994). Vanskene er mest vanlig blant førskolebarn, og avtar noe mot skolealder og i voksen alder. Dette kan komme av at førskolealder er den mest aktive perioden for læring av språk (Rygvdal, 2001). En finner store forskjeller når det gjelder kjønn og slike vansker. Så mye som to til tre ganger så mange gutter som jenter, har diagnosen. Det kan virke som det er en biologisk forklaring, til at gutter er så overrepresentert i forhold til spesifikke språkvansker (Leonard, 2000). Mye har vært diskutert i forhold til dette, blant annet om det skjeve forholdet mellom kjønnene, har sammenheng med at guttene i en del tilfeller ligger etter jentene i sin språkutvikling i oppveksten, eller at guttene oftere rapporteres videre til hjelpeapparatet og dermed oftere diagnostiseres enn det jenter gjør. Mange undersøkelser bekrefter imidlertid misforholdet i antall, og det antas derfor at en arvelig faktor spiller inn. Også tendensen til opphopning av slike språkvansker i visse familier støtter en slik antagelse (Leonard, 2000; Adams, 1997; Lahey og Edwards, 1995; Bishop, 1997; Ottem, 1994).

### 3.3 Kriterier for spesifikke språkvansker

Barnets språklige ferdigheter utvikler seg over tid. Dette har gjort det vanskelig å finne eksakte kriterier for å sette diagnosen spesifikke språkvansker. Også samfunnsmessig er språket i stadig utvikling. Større forandringer i språk og språklige ferdigheter i en populasjon, vanskeliggjør å for eksempel ta utgangspunkt i at barn med spesifikke språkvansker er de 3 % som skårer lavest på språktester i forhold til sin aldersgruppe (Bishop, 1997). Det kan i det diagnostiske arbeidet derfor være nødvendig å benytte mer eksakte kriterier for hvem som kommer inn under betegnelsen.

Ofte settes diagnosen spesifikke språkvansker i dag ut fra bestemte kriterier. Utgangspunktet er at barnet har problemer med et eller flere av språkets områder. Problemet er å skille språkproblemer som resultat av spesifikke språkvansker, fra språkproblemer som del av en annen type vanske, for eksempel hørselshemming. For å oppnå dette, tas det ofte utgangspunkt i kriterier, og da gjerne basert på ekskludering av ulike årsaker, heller enn inkludering av tendenser (Miller, 1991; Bishop, 1992; Watkins, 1994; Leonard, 2000). Ottem (2004) påpeker at selve termen ”spesifikk” viser til slike ekskluderende kriterier som impliserer at kjente årsaker til språkvansker ikke er tilstede. Hørselstap er et eksempel på et slikt eksklusjonskriterium. Barn med hørselstap ikke kan få diagnosen spesifikke språkvansker da hørselstap i seg selv kan føre til slike vansker.

Kriterier for å sette diagnosen spesifikke språkvansker kan være nyttig, og disse er i dag mer presise og basert på mer forskning enn de var tidligere. I tillegg kan også teoribaserte inklusjonskriterier være nyttige. Disse defineres ifølge Ottem (2004, s 4) ofte som *”forskjellen mellom språklig nivå basert på kronologisk alder, mental alder eller nonverbal intelligens og observert språklig nivå”*.

Uansett metode kan det på en del barn være problematisk å sette en diagnose. Dette kan være barn som har språkvansker og ikke oppfyller alle kriteriene, men som heller ikke passer inn under andre diagnosekategorier. Et eksempel på dette er barn som nylig har hatt mellomørebetennelse. En annen gruppe er barn med språkvansker som

skårer for høyt på non- verbale IQ tester til å være mentalt retardert, men for lavt til å komme inn under diagnosen spesifikke språkvansker (Leonard, 2000). Annet som kan diskuteres omkring kriterier og det å sette en diagnose, er hvor alvorlig det språklige problemet bør være og om dette først og fremst er vansker i forhold til kommunikasjon i hverdagslivet, eller basert på statistiske sammenligninger mellom barns språklige ferdigheter, gjennom for eksempel testing. Leonard (2000) viser til kriterier som ofte er aktuelle i forbindelse når en vurderer å sette diagnosen spesifikke språkvansker:

### ***Språklige ferdigheter***

Når det gjelder språklige ferdigheter skal barnet skåre minst 1.25 standardavvik under forventet, i forhold til alder på språktester. Ofte benyttes standardiserte tester, men også andre metoder, som eksempler fra barnets spontantale og observasjon, brukes. Bruk av standardiserte tester og lignende kan være et utgangspunkt for en slik kartlegging, men kan sjelden fange opp alle utfordringer det enkelte barn har i forhold til å fungere i dagliglivet. Studier viser at disse barna i mange tilfeller skårer lavt på tester som måler språkforståelse. Enkelte forskere mener i den forbindelse at noe vansker i forhold til både forståelse og produksjon av språk burde være et kriterium for å få diagnosen spesifikke språkvansker (Stark og Tallal, 1988; Rice og Oetting, 1993; Lahey, 1990).

Barn med fonologiske vansker er en annen aktuell gruppe i forhold til diskusjonen omkring kriterier for spesifikke språkvansker. Disse har ifølge Rygvold (2001) problemer med språklydene, med reglene for bruk av disse og med språklydenes funksjon som er å skille ordmening fra hverandre. Denne gruppen får ofte mye oppmerksomhet fordi deres problem er så direkte hørbart for folk flest (Leonard, 2000). Å bare ha problemer i forhold til fonologi er likevel ikke nok for å få diagnosen spesifikke språkvansker. Barnet må i tillegg ha andre språklige vansker.

### ***Ikke verbal intelligens***

Dette er et av de mest grunnleggende kriterier for spesifikke språkvansker. Barnet skal ha aldersmessig normal intelligens, noe som ofte defineres som nonverbal IQ på minst 85 (Stark og Tallal, 1981) eller mindre enn 1 standard avvik under gjennomsnittet i forhold til alder. Det pågår stadig diskusjon omkring forholdet mellom IQ og spesifikke språkvansker. Blant annet finner man barn med nonverbale skårer på rundt 90 og standard skårer på språktester på godt over 70. Enkelte mener dette er for liten differens til å sikkert sette diagnosen spesifikke språkvansker. Flere undersøkelser bekrefter i følge Ottem (2004), at det er grunn til å se nærmere på måling av ikke verbal intelligens i forhold til språklige ferdigheter. Et av problemene med å sammenligne skårer på denne måten er at eventuelle feil som eventuelt gjøres underveis, som svakheter i testen som benyttes, utførelse og lignende kan få alvorlige følger for setting av en diagnose. Også en del sosiale forhold taler mot en slik måte å bruke diskrepans på. En viss prosent av befolkningen kan en nemlig forvente at til enhver tid vil skåre en del svakere på språkområdet enn i forhold til nonverbal IQ.

Av enkelte forskere brukes det i dag også andre og mindre restriktive mål i forhold til nonverbal IQ, som IQ på 70 eller 75 (Ottem, 2004). Dette fører til at barn med ikke-signifikante forskjeller mellom ikke- språklige og språklige ferdigheter blir inkludert i gruppen barn med spesifikke språkvansker. Foreslåtte termer for disse barnas vansker er rett og slett ”språkvansker” (Bishop, 1997) eller ”developmental language disorder” (Kamhi, 1998). En del forskere fraråder å bruke forskjellen mellom språklige og ikke språklige skårer, når diagnosen spesifikke språkvansker skal settes. I tillegg finnes det også studier som viser at barn med språkvansker og for lav IQ til å få diagnosen spesifikke språkvansker, profilerer i like stor grad på språktrening som barn med gjennomsnittlig nonverbal IQ (Ottem, 2004).



### ***Normal hørsel***

Om diagnosen spesifikke språkvansker skal settes, skal ikke språkvanskene kunne knyttes til hørselsproblemer. Barn med spesifikke språkvansker skal ha normale resultater på hørselstester. Barnet skal ifølge Ottem (2004) ha et hørselsnivå på minst 25 dB eller enda bedre over frekvensene 250 Hz- 6 kHz. Hørselen er av de første ting som skal sjekkes om en vurderer språkvansker hos et barn. Hørselsvansker kan påvirke både impressivt og ekspressivt språk. Fordi god forståelse avhenger av evnen til å høre og oppfatte små lydforskjeller og fordi dette også er en viktig del av grunnlaget for å uttrykke seg på en riktig og god måte er det naturlig at mellomørbetennelse og andre vansker omkring hørsel må i denne forbindelse må undersøkes (Adams m.fl., 1997). Mellomørbetennelse er en tilstand som har hatt mye fokus i forhold til årsaksforhold og spesifikke språkvansker.

Mellomørbetennelse påvirkes positivt av behandling, men kommer i en del tilfeller tilbake. Gjentatte episoder av mellomørbetennelse kan påvirke barns hørsel. Det har derfor vært knyttet bekymring til eventuelle utslag dette kan gi på barnets språk, og dermed om mellomørbetennelse spiller en rolle i forhold til spesifikke språkvansker. Det ser imidlertid ikke ut som barn med spesifikke språkvansker oftere lider av mellomørbetennelse enn andre barn (Bishop og Edmundsen, 1986). Det er dermed lite sannsynlig at dette skulle ha stor betydning for språkproblemer hos barn med spesifikke språkvansker. Likevel, fordi en i perioder med mellomørbetennelse kan få utslag i forhold til språk (Leonard, 2000), er som regel et av kriteriene knyttet til spesifikke språkvansker at barnet ikke i nær fortid har hatt problemer med mellomørbetennelse.

### ***Normal oral struktur og funksjon***

Det er en forutsetning om diagnosen spesifikke språkvansker skal settes, at barnet ikke har munnmotoriske defekter.

### ***Ingen nevrologiske problemer***

Nevrologiske skader og forhold kan føre med seg språkvansker, og enkelte av disse kan i uttrykk likne på spesifikke språkvansker. For å få diagnosen må ingen klare nevrologiske tegn avdekkes i en klassisk nevrologisk undersøkelse (Ottem, 2004).

### ***Normal funksjon i forhold til fysisk og sosial interaksjon***

Et kriterium for spesifikke språkvansker er at ikke barnet har utviklingshemming eller skade med medfølgende problemer i forhold til fysisk eller sosial funksjon som kan gi følger og begrensninger på samspillet med andre (Leonard, 2000).

Det kan være grunn til å tro at problemer med språk også vil begrense barnet på andre områder for eksempel det sosiale og emosjonelle (Gertner m.fl., 1994) med de konsekvenser dette kan ha for den generelle psykiske helse. Dette kommer jeg nærmere inn på senere i undersøkelsen. Slike områder er viktige, men er ikke egne kriterier for å sette diagnosen spesifikke språkvansker.

### **3.3.1 Undergrupper av spesifikke språkvansker**

Språkvanskene kan komme til uttrykk på ulike måter. Det er gjort gruppeundersøkelser på barn med spesifikke språkvansker som avdekker enkelte svakheter på bestemte språklige områder hos disse. En ser likevel at ikke alle passer inn i samme profil (Leonard, 2000). Det ser ut til at det finnes undergrupper, men arbeidet mot å finne disse er komplisert. Det var tidligere vanlig å skille mellom impressive og ekspressive språkvansker (Bishop, 1997). Dette gjøres nå i mindre grad, fordi disse delene av språket er så tett knyttet sammen. Ofte har barn med spesifikke språkvansker problemer med både forståelse og produksjon, og det er gjerne mer snakk om grad av vansker på det ene eller andre området, enn om skarpe skillelinjer (Bishop, 1997). I tillegg kan barnets alder spille inn.

### 3.4 Hvordan språkvanskene kommer til uttrykk

Barna med spesifikke språkvansker kan streve med ulike deler av språket, og utvikling av dette. Vanskene kan som tidligere nevnt gå på både innhold, form og bruk, og både forståelse og produksjon kan være vanskelig. Vanskene kan variere i grad, og kan også forandre karakter ettersom barnet blir eldre. Barna kan få hjelp i forhold til sin språkutvikling, men vanskene forsvinner ikke lett (Leonard, 2000). Et barns språkvansker kan føre med seg negative konsekvenser, og dette ikke bare i forhold til språklig fungering. Områder som knyttes til språkvansker, er blant annet vansker i forhold til læring, oppmerksomhetsvansker og problemer sosialt og emosjonelt (Rutter m.fl., 1992, Adams, m.fl. 1997, Bishop, 1997). Sammen med hørbare vansker omkring språklydene, som ofte er noe som tidlig får oppmerksomhet hos denne gruppen, fordi det er så tydelig for folk flest, kan problemer rundt sosialt samspill være noe av det som vekker bekymring hos foreldre, pedagoger eller andre nær barnet. Dette kan igjen være et steg mot å finne ut av vanskene. Barnets konkrete språkfunksjon, det sosiale aspektet og fungering i dagliglivet vil da utløse bekymring, som kan starte en utredningsprosess, som kan ende i at diagnosen spesifikke språkvansker gis.

Bishop (1997, s 27) påpeker faktorer hun mener er til stede hos de fleste barn og unge som har fått diagnosen. Disse er:

1. *"..a parent or teacher is concerned about language functioning"*
2. *"..scores on a language measure are statistically abnormal, probably at least on below mean."*

Som Bishop påpeker, starter gjerne prosessen mot en diagnose med en bekymring hos omgivelsene. Denne kan igjen føre til at en utredning gjøres. Felles for de fleste som ut fra dette får diagnosen spesifikke språkvansker, er ifølge henne at de har lave skårer på språktester. I tillegg er gjerne flere kriterier utelukket. Disse er beskrevet tidligere i oppgaven. Det ser ut til at vanskene oftest ikke forsvinner, men heller forandrer seg over tid, og kommer til uttrykk i forhold til nye områder. Når barna når

skolealder får mange problemer med lesing og skriving (Ottem, 1994). En rekke undersøkelser påviser at barn med språk og talevansker i førskolealder, er en betydelig risikogruppe for å utvikle slike lese og skrivevansker (Bishop og Adams, 1990; Catts, 1991; Scarborough, 1991; Stothard, m.fl. 1998; Aram, m.fl. 1984).

Bishop og Adams (1990) så nettopp på hvordan vanskene kan utvikle seg over tid. De fulgte en gruppe på 68 barn med diagnosen spesifikke språkvansker. Det viste seg at av barna som ble undersøkt og hadde svake språklige resultater ved fireårsalder, hadde 56 % fremdeles dette ved 5;6 års alder. De som hadde vansker ved 5;6 år, klarte seg ved 8;6 år fremdeles dårligere enn sine jevnaldrende. Også andre undersøkelser bekrefter språkvanskenes tendens til å vedvare. Catts (1993) fant i en oppfølgingsundersøkelse med 56 barn med språk og talevansker og 30 barn uten vansker, at omkring 50 % av barna med språk- og talevansker i førskolealder fikk problemer med lesing i 1. klasse på skolen. I en annen oppfølgingsundersøkelse fulgte Stothard og medarbeidere opp 71 ungdommer i 15- 16 årsalder, som var blitt testet i forhold til språk da de var 4 og 5 ½ år. Stothard og medarbeidere (1998) fant en tendens til vedvarende språkvansker hos de barna som ikke hadde overvunnet vanskene ved 5- årsalder. De fant også stor risiko for lese og skrive vansker, hos barn med språkvansker i førskolealder. 93 % av de som hadde hatt språkvansker etter 5-årsalder utviklet lesevansker. Videre fant de at 58 % av barna som ikke hadde hatt vedvarende språkvansker etter 5- årsalder også hadde utviklet lesevansker.

Resultatene fra ulike undersøkelser varierer i forhold til sannsynlighet for å utvikle lese og skrivevansker et barn har språkvansker i førskolealder. Generelt indikeres det i oppfølgingsundersøkelsene at omkring 40- 60 % av barn diagnostisert til å ha språkvansker i førskolealder forsetter å ha vansker også i skolealder. Flesteparten av disse får problemer med både lesing og skriving, og noen får også vedvarende vansker med språklig kommunikasjon (Løge, 1999).

Personer som i barneårene fikk diagnosen spesifikke språkvansker skårer ofte også i voksen alder svakere på tester som måler språklige evner enn andre (Leonard, 2000). Blant annet undersøkte Tomblin, Freese og Records (1992) en gruppe unge voksne som i barndommen hadde spesifikke språkvansker. Det viste seg at alle med en

språkvanskehistorie fikk svakere resultater i forhold til språklige evner enn kontrollgruppen.

Språk og gode språkferdigheter betyr mye for mestring i samfunnet i dag, kanskje i enda større grad enn tidligere. Skolevesen og arbeidsliv setter store krav til muntlig og skriftlig prestasjon. Dette kan gi mennesker med språkvansker stadig større utfordringer, i forhold til å mestre av oppgavene. Videre i livet kan språkvanskene påvirke akademisk og arbeidsmessig prestasjon, i tillegg til sosial kommunikasjon med andre. Leonard (1998, s 15) fremhever at de språklige vanskene, i motsetning til en del andre vansker, kan virke inn på utdanningsmuligheter og yrkeskarriere:

*“Significant limitations in language do not augur well for a child’s educational progress or future economic success. Although options remain, they will be limited to those not requiring academic accomplishment and verbal skill. Poor physical or musical ability, on the other hand, will limit the child’s quality of life, but the restrictions on education and future professional endeavors will not be as great”.*

Når det gjelder konsekvenser i forhold til sosial kommunikasjon, har mange undersøkelser konkludert med at barn med språkvansker, kan ha utfordringer også på dette området (Gertner m.fl., 1994; Rice, 1993; Hazel & Hazen, 1990; Craig & Washington, 1993). Kanskje går barna i mindre grad inn i positive sosiale situasjoner som kan gi dem god sosial trening, samt også god trening i forhold til positiv utvikling av språklige evner? Dette kan i tilfelle få konsekvenser på områder som vennskap, selvoppfatning og psykisk helse.

Språkvanskene kan komme til uttrykk på ulike måter i forhold til ulike språk. Enkelte deler av språkets oppbygning, ser ut til å være vanskeligere for barn med språkvansker, enn andre deler. Dette kan komme til uttrykk ved at barn og unge med språklige vansker, innenfor ulike språk kan streve med noe ulike deler av språkets oppbygging. I tillegg er gruppen barn med spesifikke språkvansker sammensatt. Barn har problemer med ulike deler av språket. Forskjellige språk kan være kompliserte på ulike områder, for eksempel har noen språk mer komplisert grammatisk struktur enn andre, mens disse igjen kan være mer leksikalsk avanserte (Leonard, 2000). Det

kan se ut som barn med spesifikke språkvansker i et land med for eksempel rik morfologi, strekker seg og kan oppnå et mer avansert morfologisk system enn barn oppvokst med et språk med svakere morfologi. Barna strekker seg altså, men når ikke helt opp, i forhold til barn uten vansker. Utfordringen kan kanskje bli ekstra stor om et barn strever med nettopp den delen av språket, som er komplisert i det språket barnet snakker.

Kompleksiteten omkring spesifikke språkvansker og det at vanskene ofte vedvarer over tid, gjør det viktig å fokusere på hvilke følger slike vansker kan få for barnets liv når det gjelder trivsel, livskvalitet og videre utvikling. Psykisk helse hos denne gruppen barn er i den forbindelse et sentralt område. En kan tenke seg at om et barn tidlig får negative opplevelser med samspill med jevnaldrende og av ulike grunner negativ selvoppfatning, kan dette igjen gi negative konsekvenser både for videre psykisk helse, og også for videre språklig utvikling. Dette fordi barnets muligheter for å være i gode sosiale settinger reduseres, med de negative konsekvenser dette kan få for muligheter til god språklig trening og positiv språklig utvikling.

## KAPITTEL 4 PSYKISK HELSE HOS BARN MED SPESIFIKKE SPRÅKVANSKER

I denne undersøkelse er psykisk helse hos denne gruppen barn, sentralt. Spesielt er det fokus på enkelte forhold ved den psykiske helsen. Jeg kommer i denne delen av undersøkelsen inn på begrepene psykisk helse og psykiske lidelse, og om aktualiteten til disse områdene i Norge og på verdensbasis i dag. Videre i undersøkelsen er fokuset på psykisk helse, og ikke psykiske lidelser. Jeg ser i denne delen på ulike årsaksfaktorer i omgivelsene og i barnet selv, som kan ha innvirkning på den psykiske helsen. Fordi psykisk helse er et stort og omfattende felt har jeg i tillegg til aktuelle områder som vil fremgå av analyse av skalaene, valgt å fokusere på vennskap og selvoppfatning. Dette er områder av viktig betydning for den psykiske helsen til disse barna. Til slutt kommer jeg inn på mestring og forebygging av problemer med psykisk helse, noe som også er viktig for barn med spesifikke språkvansker. En del generelle sosiale, individuelle og familiemessige risikofaktorer for utvikling av psykiske helseproblemer, nevnes også i denne delen. Disse er aktuelle for alle barn, men spesielt aktuelle for barn i en risikosone for å få vansker med psykisk helse. Jeg går imidlertid ikke dypere inn på omkringliggende risikofaktorer, noe som samsvarer med hva jeg går inn på i undersøkelsen og måleinstrumentet jeg benytter i denne, nemlig: *Personlighetsinventorium for barn (PIC)*, som undersøker ”*barns utvikling og fysiske og psykiske helse*”.

### 4.1 Psykisk helse

At psykiske forhold kan spille inn på helsen vår er ikke ny viten, og ”psykisk helse” er heller ikke et nytt begrep. Verdens helseorganisasjon definerte allerede i 1948 helse som: ”*En komplett tilstand av fysisk, mental og sosial velvære og ikke bare fravær av funksjonshemming eller sykdom.*” Definisjonen står omtrent uendret i dag. I denne tas det mentale aspektet med, og det poengteres at helse er noe mer enn fravær

av sykdom (Kringlen, 1990). Psykisk helse blir ut fra denne definisjonen en naturlig del av den generelle helsen vår.

Kunnskapen om psykisk helse og psykiske lidelser er i dag noe mangelfull. Dette er fremdeles tabubelagte områder med tendenser til stigmatisering. I Norge regner en i dag at så mange som omkring 400-500 000 mennesker til enhver tid har en psykisk lidelse. Dobbelt så mange har ulike psykiske vansker. Dette er ikke medregnet mennesker med alkoholproblemer eller personlighetsforstyrrelser.

Helsemyndighetene i Norge regner med at ca 30 % av befolkningen i løpet av livet vil bli rammet av en psykisk lidelse eller andre problemer i forhold til psykisk helse. Psykiske helseproblemer regnes som et viktig felt også internasjonalt. Verdens Helseorganisasjon har uttalt at et område som depresjon i år 2020 vil være et av de alvorligste helseproblem i utviklingsland, om ikke noe blir gjort. I den vestlige verden hevder enkelte internasjonale forskere at 50 % i løpet av livet vil bli deprimerte, men ikke alle vil behøve behandling for tilstanden (Weisæth og Dalgard, 2000). Vansker omkring psykisk helse regnes av Verdens Helseorganisasjon som et økende problem. Et av deres mål er at psykisk helse skal behandles og anerkjennes som andre helsespørsmål, og at dagens tabuer på området bygges ned (Dalgard, 2006). Også i Norge er psykisk helse i dag et satsingsområde.

God psykisk helse kan bety god livskvalitet, og problemer omkring psykisk helse kan være et skritt i retning av psykiske lidelser (Haugsgjerd m.fl., 1998). Dette kan fungere som gode eller dårlige sirkler. Positivt kan en tenke seg at god psykisk helse bidra til god livskvalitet, som igjen kan styrke den psykiske helsen ytterligere, og bedre livskvaliteten. Motsatt kan en person med problemer omkring psykisk helse, i større grad enn andre risikere å utvikle psykiske lidelser, noe som kan svekke både livskvalitet og total psykiske helse hos denne. På en slik måte kan det være vanskelig å komme ut av et negativt mønster. Positivt kan gode sirkler forsterke både psykisk helse og livskvalitet.



#### **4.1.1. Psykisk helse og risikofaktorer**

Selv om enkelte risikofaktorer kan slå sterkt ut, er det i litteraturen stor enighet om at det er summen av risikofaktorer, som er det viktigste når det gjelder utvikling av atferdsmessige og psykiske plager (Sameroff, 2000; Appleyard et.al., 2005; Cook et.al., 2002). Dette gjelder også for psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker. Selv om ikke alle risikofaktorer er sentrale spesifikt for akkurat denne gruppen, mener jeg det viktig å være klar over disse. Dette nettopp fordi summen av belastninger er det viktigste. Om et barn er i risikozonen for problemer med psykisk helse på grunn av sin språkvanske, kan risikoen øke ytterligere om det i tillegg inntreffer andre faktorer relatert til utvikling av problemer med psykisk helse.

Det har vært mindre fokus på identifisering av forhold som bidrar til god fungering og god psykisk helse, enn på risikofaktorer (Dalgard, 2004). Forskning omkring mestring og resiliente utviklingsforløp gir imidlertid viktige bidrag. Det er i tillegg vanskelig å trekke skarpe skillelinjer, når det gjelder hvilke forhold som virker positivt eller negativt. Dette fordi disse gjerne fungerer som motpoler. For eksempel kan manglende sosial støtte være en risikofaktor, mens god sosial støtte kan være en beskyttelsesfaktor (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006). Med dette i minne, går jeg inn på faktorer, som kan øke risikoen for problemer med psykisk helse. En del slike forhold, som kan øke sannsynligheten for utvikling av psykiske vansker, er i dag identifisert (Rutter, 2000). En del av disse, er imidlertid lite sentrale i forhold til barn med spesifikke språkvansker i Norge i dag, og trekkes ikke frem her.

##### ***Faktorer i omgivelsene***

Rutter (2000) mener noen faktorer i omgivelsene og noen i barnet selv, er forbundet med flere ulike psykiske tilstander, mens andre synes å ha en mer spesifikk virkning (Dalgard, 2000). Eksempler på faktorer av betydning i omgivelsene er stressende belastninger som negative livshendelser og endring i sosiale omgivelser (Grant m.fl., 2006). Dette kan også være negative vedvarende aspekter ved barnets oppvekstvilkår,

som fører til at det ikke tilrettelegges for utvikling av ferdigheter, som er viktige for god mestring av utfordringene barnet møter. Andre faktorer i omgivelsene som har vist seg å henge sammen med utvikling og opprettholdelse av problematferd hos barn, er depresjon hos mødre, konflikter mellom foreldre, levekårsrelaterte familiebelastninger og negative livshendelser knyttet til sykdom, tap og død (Field, 1992; Campbell, 1995). Også tidspunktet et tap, traume eller utfordring kommer på, kan være av betydning. Man fant i en norsk undersøkelse, at også angst eller depresjon, lav alder, lav utdanning og fysiske helseproblemer hos mor kan slå negativt ut. (Dalgard, 2006).

Noen grupper har det vist seg er, uavhengig av andre vansker som språkvansker, er særlig utsatt for å utvikle psykiske helseproblemer. Dette er for eksempel barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmisbruk hos foreldre, barn fra innvandrerfamilier, familievold og barn som opplever mobbing (Dalgard, 2006). Mobbing kan være en aktuell faktor i forhold til barn med spesifikke språkvansker. Om barnet har problemer med språk og samspill med andre, kan dette for noen være en årsak til at det oppstår mobbing. Undersøkelser viser at mobbing kan føre til store psykiske problemer i form av lav selvfølelse, depresjon, angst, usikkerhet og utrygghet i forhold til andre (Olweus, 1992). Foruten mobbing går jeg ikke nærmere inn på disse da de er mindre aktuelle i forhold til min undersøkelse. Imidlertid kan et barn med spesifikke språkvansker også ha et av de nevnte forhold, for eksempel foreldre med psykiske vansker. I slike tilfeller øker sannsynligheten for psykiske problemer hos barnet, og omgivelsene bør være ekstra oppmerksomme.

Individuelle erfaringer er med på å gjøre oss forskjellige. Noen opplever store tap og lever under stadige utfordringer. Andre har fått gode relasjoner, og positive mestringserfaringer som er med å ruste dem til å tåle nye utfordringer. Slik har noen bygd opp god selvtillit som kan virke beskyttende, mens andre har mange negative mestringserfaringer, skuffelser og lavere selvtillit.

### *Individuelle årsaksfaktorer*

Også individuelle faktorer er viktige når det gjelder psykisk helse. Som når det gjelder personlige egenskaper og psykiske forhold, er mennesker ulike. Som fysiske trekk, har også det psykiske har et element av arvelighet i seg. Barn reagerer i tillegg forskjellig på påvirkninger fra omgivelsene (Prior, 1999; Dalgard, 2006). Vi er ulike i forhold til hvordan vi mestrer motgang og medgang. Enkelte kommer styrket ut av utfordringene mens de for andre kan bli en belastning for den psykiske helsen. Store longitudinelle undersøkelser har vist at funksjonshemming, sykdom og temperamentstrekk påvirker utvikling av problematferd og sosiale ferdigheter gjennom hele barndommen (Prior m.fl., 2000; Najman m.fl., 2000). Spesifikke språkvansker kan i den forbindelse være en funksjonshemming som ifølge slik forskning kan påvirke barnets utvikling. Som nevnt er det summen av flere risikofaktorer er den viktigste prediktoren for utvikling av psykiske og atferdsmessige plager. Det blir dermed viktig å se helhetlig av positive beskyttende faktorer og risikofaktorer.

Temperamentstrekk kan fungere som beskyttende faktor eller som en risikofaktor. Temperamentstrekk som er funnet viktige inkluderer tilpasningsevne, positiv emosjonalitet/ sosialitet og impulskontroll (Bates, 2001). Blant annet kan temperamentstrekket ”negativ emosjonalitet” ifølge Rutter (2000) være en direkte risikofaktor, om barnet framprovoserer konflikt og avvisning. Andre temperamentstrekk kan indirekte øke risikoen for at barnet utvikler problematferd. Dette kan være ”skyhet” eller andre temperamentstrekk som kan føre til tilbaketrekking fra kontakt med andre. Dette kan igjen føre til at barnet mister tilgang på positive, beskyttende effekter som hjelp og støtte fra mennesker rundt kunne gitt (Dalgard, 2006). Positive temperamentstrekk som at barnet er sosialt og kontaktsøkende, kan motsatt virke beskyttende på barnet ved at det kan bidra til at det kan etableres støttende og gode forhold til voksne og andre barn. Dette kan fremme utvikling av gode mestringsstrategier hos barnet, og være med å gjøre følger av belastninger mindre omfattende (Smith og Prior, 1995).

---

## 4.2 Psykisk helse og spesifikke språkvansker

Enkelte grupper, som mennesker med en vanske, kan i større grad enn andre være i en risikosone for problemer omkring psykisk helse. En slik gruppe kan barn med spesifikke språkvansker være. Forskning på hvordan vanskene kommer til uttrykk har som tidligere beskrevet, vist at disse som følge av sin språkvanske kan ha ekstra belastninger og utfordringer å stri med. Blant annet Adams m.fl. (1997) trekker frem språkvanskenes betydning, i forhold til sosial kontakt og i sosiale relasjoner med andre. Språk er ifølge dem viktig også for barnets allmenne trivsel, utvikling og psykiske helse, og vansker kan gi konsekvenser på disse områdene. I det videre vil jeg gå nærmere inn på forhold omkring psykisk helse, spesielt i forhold til denne gruppen barn.

En mulig sammenheng mellom språkvansker og psykisk helse er lite undersøkt i Norge. Det finnes derimot internasjonale studier som har tatt for seg dette området. Spørsmålet er om barn med språkvansker har større risiko for vansker i forhold til for eksempel emosjonelle og atferdsmessige problemer enn andre, og om en finner større risiko for språkvansker hos barn med emosjonelle eller atferdsmessige vansker. Det kan se ut som svaret på begge disse spørsmålene er ja. Forskning finner at 62- 95 % av barn i behandling for psykiske vansker, har moderate til alvorlige vansker i forhold til språk (Gallagher, 1999). Når en ser på gruppen barn med språkvansker finner en at 50- 75 % av disse har følelsesmessige eller atferdsmessige problemer. Dette kan være generell umodenhet, uoppmerksomhet, hyperaktivitet, impulsivitet, frustrasjon, aggresjon, atferdsproblemer, sosial tilbaketrekning, depresjon og angst og lav selvtillit. Undersøkelser viser at barn med språkvansker kan ha problemer i forhold til flere av disse områdene (Gallagher, 1999). Alle er også sentrale områder både i Personlighetsinventorium for barn, og i min undersøkelse av norske barn med spesifikke språkvansker.

Undersøkelsene omfatter aldersgrupper fra førskolebarn, og opp til voksen alder. En finner at språkproblemene er mest fremtredende hos barn, men ikke nødvendigvis mer alvorlige enn de kan være hos ungdom og voksne (Løge, 1999) (Gallagher,

1999). Dette ved at de mer hørbare problemene gjerne er borte, som for eksempel problemer rundt språklydene. Voksne kan likevel ha problemer med for eksempel forståelse og pragmatikk som kan hemme personens prestasjon i forhold til utdanning, yrkesliv og i sosiale relasjoner til andre.

Et område som kan gi konsekvenser for den psykiske helsen er ulike problemer når det gjelder læring. På grunn av sine vansker med språket har mange barn med spesifikke språkvansker slike problemer. Beichtman (1996) trekker frem at skoleproblemer og også vansker med å få og opprettholde vennskap kan starte negative sirkler av hendelser, som igjen kan øke risikoen for psykiske vansker. Vennskap kommer jeg nærmere inn på videre i undersøkelsen. Heyerdahl (2000, s 186) mener lærevansker er et viktig utgangspunkt for forebyggende psykiatri og begrunner dette i at: *”Svikt i læreevnen er ikke en psykisk lidelse i seg selv, men en betydelig risikofaktor for utvikling av en rekke barn og ungdomspsykiatriske tilstander.”*

”Svikt i læreevne” kan ha ulike årsaksforhold. Det kan komme av psykiske vansker, tegn på sykdom eller være et resultat av en spesiell vanske. Flere ulike faktorer i kombinasjon kan virke gjensidig forsterkende. Heyerdahl trekker i denne forbindelse spesielt frem språkvansker som et område med risiko for utvikling av problemer rundt psykisk helse og psykiske lidelser. Forskning har også vist at store grupper barn kan ha problemer i forhold til språk eller psykisk helse uten å være identifisert og dermed uten å få hjelp. Ut fra dette konkluderes det med at:

- barn med språkvansker alltid bør undersøkes også med tanke på psykiske vansker
- barn med psykiske vansker bør tilsvarende undersøkes i forhold til språkvansker

Denne sammenhengen bør det tas hensyn til i forhold til utredning og planlegging av tiltak. Barna selv, foreldre, lærere og andre fagfolk bør også veiledes i forhold til språkets betydning i forhold til sosiale og emosjonelle problemer. I tillegg bør det

veiledes når det gjelder emosjonell og atferdsmessig fungering, og aspekter omkring psykisk helse (Gallagher, 1999).

### 4.3 Vennskap

Vennskskapsforhold og kommunikasjon med jevnaldrende, er viktig for barns trivsel og utvikling. Også lek og samspill med andre barn i leken er av betydning når det gjelder utvikling av selvbilde og psykisk helse. Dette gjelder ikke minst for barn med språkvansker, siden slike vansker i seg selv kan gi utfordringer som kan virke negativt på selvbildet. Språkvanskene kan som nevnt også gi negative konsekvenser også i forhold til sosialt samspill, og ikke bare i forhold til språklig fungering hos barna (Rutter m.fl., 1992, Adams m.fl., 1997, Bishop 1997). Det blir dermed viktig å undersøke både samspill, sosial kompetanse og vennskskapsforhold i møte med barn som har språkvansker.

Blant annet Howes (1988) mener sosiale ferdigheter best læres og utvikles i stabile dyader og vennskskapsforhold. For å utvikle slike gode sosiale ferdigheter kan det å ha gjensidige vennskap allerede tidlig i barns liv derfor være viktig. Når barnet kommer opp i skolealder ser det ut til å skille mellom venner og lekekamerater (Howes, 1988). Venner gir mer enn ”bare lekekamerater” positiv respons til hverandre i kommunikasjonen. Dette gjelder både i lek og annet samvær.

Det kan være mange årsaker til at noen barn ikke like lett aksepteres av sine jevnaldrende. En grunn kan være at de ikke klarer å benytte språket sitt like godt i kommunikasjon som andre barn. Fordi barn i stor grad bruker språk og sosial kompetanse til å få og opprettholde vennskap, kan svake kommunikative og språklige ferdigheter påvirke barnets muligheter for vennskap og aksept av jevnaldrende, på en negativ måte. Flere undersøkelser viser en sammenheng mellom barnets lingvistiske kompetanse og deres interaksjon med jevnaldrende (Asher m. fl., 1999; Gertner m. fl., 1994; Fujiki m. fl., 1996; Brinton m. fl., 1999; Fujiki m. fl., 1999), og mye kan tyde på at barn med språkvansker oftere enn andre risikerer å få problemer i forhold til å utvikle god sosial interaksjon med jevnaldrende (Gertner, Rice, Hadley 1994). Barn

med spesifikke språkvansker kan oppleve ulike sosiale konsekvenser i forhold til sin vanske (Rice, 1993). En er at de i mindre grad enn andre blir delaktige i det sosiale samspillet. Dette kan også påvirke deres sosiale status. Om de ikke er delaktige i det sosiale samspillet kan dette også føre til større utfordringer, når det gjelder å omdanne sosiale relasjoner til vennskap. Dette kan skape negative sirkler med lite heldig virkning på barnets psykiske helse.

Gertner, Rice og Hadley (1994) fant at i verbalt krevende aktiviteter som rollelek, ble barn med språkvansker mindre foretrukket som lekepartnere enn andre barn. Barn med kommunikative begrensninger kan dermed ha vanskeligere for å opprette vennskap gjennom slik lek, som er en av barnets viktigste aktiviteter og utviklingsområder. I tillegg vil de kanskje ha mindre tilgang på lekesituasjoner, som kunne positivt utvikle dem, også når det gjelder videre språklig utvikling. De står dermed i fare for å miste både unike positive situasjoner for språktrening og anledninger til å etablere vennskap. Situasjoner og forhold som igjen kunne være positive i forhold til utvikling av et positivt selvbilde og høyere status blant jevnaldrene. Undersøkelser omkring språk, kommunikasjon og vennskap hos barn gir noe av forklaringen på hvorfor dette er et krevende område. Også hos barn uten språkvansker tenker en seg en sammenheng mellom sosial status og kommunikativ kompetanse. Black og Logan (1995) så på kommunikasjonen hos barn i 2-4 års alder som ble utestengt av jevnaldrende. Disse gav mindre relevante responser, og avbrøt mer. De var også mindre følsomme i forhold til å tilpasse lengden på innspill i konversasjon og turtaking. Mer populære barn viste bedre ferdigheter i forhold til turtaking og å holde en god sammenheng i samtale, forklaringer og tilbakemelding. Dette er med på å vise hvor stor betydning språket har i forhold til mellommenneskelige forhold, i lek og i vennskap. Hazel og Black fant i en undersøkelse at barn med lavere sosial status, også hadde dårligere kommunikative ferdigheter. De så også at barn med lavere sosial status gav mindre respons og kom med mer irrelevante kommentarer i situasjoner der de ønsket å komme inn i lek som allerede var i gang (Asher og Gazelle, 1999).

Slike kommunikasjonsmønstre, som en ser hos barn med lavere sosial status, finner en også hos barn med språkvansker. Undersøkelser viser eksempler på at disse er mindre flinke til å gi responser og oftere ignoreres av jevnaldrene (Hadley og Rice, 1991). De har også større problemer med å komme inn i lek. I en undersøkelse gjort av Craig og Washington (1993) sammenlignet en på barn med og uten spesifikke språkvansker og deres evner i forhold til å komme inn i allerede pågående lek. I løpet av 20 minutter hadde alle barn i uten språkvansker kommet inn i leken. Når det gjaldt barna med språkvansker, var dette vanskeligere. Tre av fire av disse kom ikke inn i leken i det hele tatt, mens de resterende gjorde det ved hjelp av ikke verbal atferd i stedet for ved hjelp av verbal kommunikasjon (Asher og Gazelle, 1999). Slike funn sannsynliggjør at barn med spesifikke språkvansker i større grad enn andre, kan risikere lavere sosial status og vansker med å skape og opprettholde vennskap. Kanskje vil dette igjen påvirke selvbilde og psykisk helse på en negativ måte.

Hvordan språkvansken arter seg hos det enkelte barn, kan være av betydning for hvordan dette påvirker for eksempel vennskap og selvbilde. Gertner med flere (1994) så større konsekvenser for førskolebarn med forståelsesvansker, enn for de med som først og fremst strevde med å bruke språket. Dette fordi de mente at forståelsesvansker i større grad kunne påvirke lek og det å gå inn i leken på en negativ måte enn ekspressive vansker. Ekspressive språkvansker mente de i større grad kunne gi negative konsekvenser for eldre barn, der verbale samtaler er en viktigere del av samspillet (Gertner m.fl., 1994). Problemer i forbindelse med forståelsen av språket vil nok i alle livsfaser være av stor betydning (Bishop 1997).

Også i forhold til regulering av atferd og bearbeiding av følelser, er språket viktig. Dette kan være områder av viktig betydning for barnas psykiske helse, som også kan ha betydning for vennskap og fungering i alle typer sosiale relasjoner. Et barns ferdigheter i forhold til både forståelse og det å uttrykke seg er viktig. Både deres forståelse, avkoding, organisering og evne til å gjenopprette gode regler og metoder for selvkontroll og emosjonell regulering, er avhengig av gode språklige ferdigheter (Gallagher, 1999). Også evnen til å snakke om følelser og opplevelser, og evnen til å løse konflikter på en god måte, er avhengig av godt språk. Cook, Greenberg og



Kische (1994) fant i en undersøkelse med 220 barn i 1. og 2. klasse at barn med atferdsvansker strever med å snakke om følelser og tanker, og å identifisere disse hos seg selv og andre. Det kan være ulike grunner til at et barn med problemer i forhold til å gjenkjenne og beskrive emosjoner hos seg selv eller andre, men det er sannsynlig at dette også kan være mer utfordrende for barn med språkvansker, enn for barn uten vansker. Dette kan igjen få konsekvenser i forhold til ulike deler av barnets psykiske helse blant annet fordi det å gjenkjenne og beskrive følelsene sine, kan være utgangspunkt for å få hjelp eller gjøre noe selv for å oppnå en forandring til det bedre.

Det har vært gjort flere undersøkelser når det gjelder resultater av språktrening i forhold til relasjoner, vennskap og konflikthåndtering. Det kommer frem at øvelse på for eksempel pragmatikk og bruk av språk i forhold til emosjoner og opplevelser, kan være positivt med tanke på å oppnå bedre konflikthåndtering og bedre relasjoner til andre (Gallagher, 1999). Barn med språkvansker som har problemer i forhold til emosjonelle og atferdsmessige områder, kan dermed ha god nytte av oppfølging og gode språktrenings programmer. Dette kan hjelpe dem i å fungere bedre blant jevnaldrende, med de positive følger dette kan få i forhold til å hindre for eksempel tilbaketrekning og depresjoner. Dette kan igjen virke positivt på barnas totale psykiske helse.

## 4.4 Selvoppfatning

Barnets selvoppfatning og verdsettelse av seg selv er viktig når det gjelder generell trivsel og psykisk helse. Selvoppfatningen kalles ”individets fundamentale referanseramme” (Skaalvik og Skaalvik, 1996) som både handlinger og opplevelser vil styres ut fra. Selvoppfatningen er en del av vår personlighet og en forutsetning for best mulig psykisk helse og positiv utvikling i forhold til andre viktige utviklingsområder.

#### 4.4.1. Hva er selvoppfatning?

Selvoppfatning refererer det til personens forståelse av hvem en er, ens inntrykk av sine egenskaper. Det kan også defineres som personens vurdering av mengden respekt, aksept og suksess i samspill med andre, og reflekterer andres behandling av, og tanker om denne personen (Skaalvik og Skaalvik, 1996). Menneskers vurdering av og holdninger til seg selv er et komplekst felt. Det hersker uenighet om både begrepsbruk og om hva som er de viktigste elementer i forhold til dette. Ulike ord og begreper står nær det norske ordet "selvoppfatning" eller "selvbilde". Bandura brukte "*Self-efficacy*" og Epstein brukte "*self-concept*" (Sommerschild, 1998). Andre betegnelser er "*self-esteem*" eller "*global self-worth*" (Harter, 1989). I min undersøkelse velger jeg å bruke begrepet selvoppfatning og bygger på Skaalvik og Skaalvik (1996, s 16) som definerer selvoppfatning som: "*..enhver oppfatning, vurdering, forventning, tro eller viten en person har om seg selv.*"

#### 4.4.2 Hvordan dannes selvoppfatningen?

For å forstå hvordan selvoppfatningen dannes kan det være nyttig å komme inn på hva denne består av. Rogers (Skaalvik og Skaalvik, 1996) skiller mellom det ideelle og det reelle selv. Den reelle selvoppfatningen er barnets oppfatning av hvordan det egentlig er, personens private oppfatning av seg selv. Det ideelle selv reflekterer barnets oppfatning av hvordan det ønsker å være. Bevisstheten om et skille mellom hvor viktig det er å lykkes på et område eller ikke, blir en viktig del av en persons oppfatning om seg selv. Harter (1989) mener at forholdet mellom disse ganske tydelig kan vise individets følelse av generelt egenverd. Andre hevder også at et stort gap mellom den ideelle og reelle selvoppfatning hos en person kan være uheldig (Duesund, 1995). I tillegg til reell og ideell selvoppfatning kommer barnets persepsjon av andres vurdering (Skaalvik og Skaalvik, 1996). Alle mennesker er plassert inn i en sosial sammenheng. Barnet omgås andre og er avhengig av andre. Den sosiale selvoppfatningen, der barnet ser seg selv i interaksjon med andre, er en del av den reelle selvoppfatning. I tillegg har barnet en oppfatning av hvordan andre betrakter det. Barnet tar inn andres tanker, reaksjoner og vurderinger av seg selv.

Denne vurderingen er av stor betydning for mennesker i alle aldre, men tillegges ofte spesielt stor vekt i førskole og tidlig skolealder. Det kan være vanskelig for barnet å differensiere mellom andres reaksjon på det innen et gitt utviklingsområde, og om de ellers liker barnet godt som person. I førskolealder er leken viktig, og kan derfor være av stor betydning for barnets selvbilde og dermed det videre grunnlaget for god psykisk helse. Også Mead ser på lek som en viktig aktivitet for barnet. Her trener det på rolletaking og er i samspill med andre. Om et barn med språkvansker har problemer i forhold til å mestre viktige språklige koder i leken, misforstår eller ikke klarer å forholde seg til lekens komplekse regler og samspillet barna i mellom, kan dette påvirke barnets generelle selvoppfatning. Mead var tidlig opptatt av selvoppfatningen. Ifølge Mead (1962) er denne ikke medfødt, men oppstår når en person gjør sosiale erfaringer. Sentralt i hans teori er at mennesket ikke kan persipere seg selv direkte, men at vår oppfatning av oss selv dannes gjennom hvordan vi oppfatter at andre ser oss. Mead forklarer dette ved at en egenskap hos ”meg” kommer til uttrykk gjennom en handling. Denne utløser en handling hos den andre som gis til uttrykk gjennom en reaksjon. Denne reaksjonen observerer ”jeg”. I hvilken grad en legger vekt på andres reaksjon avhenger av hvor betydningsfull eller signifikant denne personen er for en. Dette vil si at en person som barnet opplever som viktig for seg vil ha større innvirkning på utviklingen av selvbildet enn en person barnet opplever som mindre viktig. ”Signifikante andre” er mennesker barnet har et nært forhold til. For barn vil foreldre være slike signifikante eller viktige/ sentrale andre, men også søsken og jevnaldrene kan ha en stor betydning. Blant andre fremhever Vygotsky lek og sosial samhandling som en motor i kognitiv utvikling, og dermed jevnaldrenes viktige posisjon (Frønes, 1994). Om betydningen av samværet med jevnaldrene sier Frønes (1994, s43/ 44): *”Ikke bare kjennetegn ved den signifikante andre, men også ved det sosiale forhold mellom barnet og denne andre, vil influere hva barnet lærer. Det man lærer av venner på samme alder er noe annet enn det man lærer av foreldre.”*

Venner og vennskapsforhold blir dermed viktig for alle barn, ikke bare for trivsel og selvoppfatning, men også for læring. Et annet betydningsfullt område er språket.

Gjennom språk og anvendelse av språket, lærer barnet å se på seg selv utenfra, slik andre ser det. Språket er dermed en viktig del av prosessen med å utvikle en opplevelse av seg selv. Susan Harter begynte sine systematiske studier på 80-tallet. Hun utviklet overordnet teoretisk modell for ”selv- systemet” og en metode for registrering av barns egne oppfatninger i forhold til selvbildet (”self- esteem”). Susan Harters hypotese var at jo større samsvaret var mellom barnets egne ferdigheter og dets syn på om disse ferdighetene er betydningsfulle, jo bedre blir selvbildet og følelsen av egenverd. I modellen la hun også inn registrering av barnets opplevde tilbakemelding på seg selv fra foreldre, lærere, nære venner og klassekamerater. Harter fant at barn i alderen 4- 7 år kunne gi pålitelige utsagn om egen oppførsel, forhold til venner, kognitiv kompetanse og fysisk kompetanse. Disse hadde ikke et bevisst forhold til noe overordnet selvbilde, selv om et slikt kunne være tilstede. Med stigende alder kunne de også gi egenvurdering på flere områder som: skole, humor, omsorg, moral, omgjengelighet, kjæresteliv og jobb. De empiriske studiene bekreftet hypotesene i modellen. Hun fant høy grad av sammenheng mellom skårer for global egenverdsfølelse, kompetansevurderinger og for sosial tilbakemelding. Som hun antok var sammenhengen mellom oppfatning av egne ferdigheter og egne syn på hva som var viktig, utslagsgivende når det gjaldt et godt selvbilde. Harter fant også at viss den sosiale tilbakemeldingen fra andre ble oppfattet som lite tilfredsstillende, ville dette trekke egenverdsfølelsen ned (Sommerschild, 1998). Utfra dette ser en at barnet ikke kan bygge sin selvfølelse helt på egenhånd, men også at god sosial tilbakemelding ikke holder for å opprettholde et godt selvbilde om barnet selv ikke føler at det strekker til. Dermed kan det å sørge for at barnet faktisk har områder det mestrer bra, virke positivt. Disse må utfra Harters hypotese være noe barnet selv opplever som viktig. Hun undersøkte videre hva som til daglig kjennetegner barn med god selvfølelse og fant at disse har tro på egne krefter, tar initiativ, er selvstendige og stolte over egne ferdigheter, tåler skuffelser, kritikk og forandringer, samt beskriver seg selv positivt.

Selvoppfatningen kan ha en generell og en spesifikk karakter. Den kan være knyttet opp mot spesielle utviklingsområder som språk, sosiale, motoriske evner eller

ferdigheter knyttet opp mot prestasjon i forhold til for eksempel skolefag. Disse kan igjen danne grunnlag for den mer generelle oppfatningen personen har om seg selv. Hvilke områder som mest påvirker barnets selvoppfatning avhenger av i hvor stor grad barnet opplever området som betydningsfullt (Skaalvik og Skaalvik, 1996). I perioder kan ferdigheter for eksempel innen idrett være av stor betydning for enkelte barns selvoppfatning, avhengig av om dette er et område som har status blant de jevnaldrene. For et barn som sliter i forhold til skolefag, vil gode evner for eksempel i forhold til idrett kunne forbedre den generelle selvoppfatning. Det samme kan gjelde i forhold til andre områder som barnet og kameratflokket finner betydningsfulle.

## 4.5 Forebygging og mestring

Også med tanke på selvoppfatningens betydning for barnets utvikling og psykiske helse er det aktuelt å spørre seg hvordan denne og barnets utvikling for øvrig kan beskyttes. Forebygging blir i denne forbindelse viktig. I tillegg er barnets evne til mestring av både vansker, eventuelle traumer og utfordringer det i det daglige møter, av stor betydning for å hindre negative følger for den psykiske helsen. Dette gjelder også for gruppen barn med spesifikke språkvansker. Deres vanske er en utfordring de daglig forholder seg til. Forskning tyder som nevnt tidligere, på at disse kan risikere vansker i forhold til sin psykisk helse.

### 4.5.1. Forebygging av problemer omkring psykisk helse

Forebygging av psykiske helseproblemer er aktuelt både i forhold til barn med spesifikke språkvansker spesielt og også generelt for alle barn. Når det gjelder individuelle forhold som kan virke forebyggende er *”evnen til læring, positiv selvoppfatning og evne til sosial kontakt”* (Dalgard, 2006, s 20) hos barnet viktig. Det er videre positivt med tiltak som kan styrke barnets evne til mestring av sine utfordringer. Weiseth (2000, s 5) trekker frem viktigheten av å legge til rette for god personlighets utvikling for barn og unge også i forhold til forebygging av problemer, og sier at psykisk helse er: *”selve forutsetningen for å kunne inngå i og opprettholde relasjoner, realisere sine evner, leve et meningsfullt liv i den kultur man tilhører, ja*

---

*nødvendig for å kunne oppfatte og forstå omgivelsene, tenke og snakke, kommunisere verbalt og non verbalt. Styrking av emosjonell og sosial velvære, av livskvalitet og ikke minst av kompetanse og selvfølelse/ selvaktelse er etter hvert blitt sentralt i psykisk helsefremmende arbeid.”*

Også foreldrenes psykiske helse og totale livssituasjon er av viktig betydning. Indirekte tiltak i forhold til barnets foreldre, kan virke positivt også på barnet. Foreldrenes oppfølging, oppdragelse, støtte og omsorg er kanskje det som aller mest kan forebygge psykiske helseproblemer. Også utvikling av gode skolemiljøer og støttende sosiale miljøer, samt tiltak for å motvirke mobbing, er viktige for å forebygge problemer med psykisk helse. I forhold til forebygging av psykisk helse er forbedring av miljøet både sosialt, fysisk og økonomisk sentralt. I tillegg er det viktig å bedre mestrings kapasitet og kompetanse hos både individ og samfunn (Dalgard, 2006).

#### **4.5.2 Mestring**

Når det gjelder kunnskap om beskyttelsesfaktorer og hva som kan bidra til god utvikling og mestring, gir forskning på resiliente utviklingsforløp og mestring viktige bidrag. Slik forskning på utvikling til god fungering har fått mindre fokus enn forskning på forhold som øker sannsynligheten for problematferd. Kunnskapen på dette området er imidlertid stadig økende. Mestring når det gjelder psykisk stress defineres av Lazarus og Folkman (1984) som stadig tilpassede tanke- og atferdsmessige anstrengelsene som individet bruker når det skal hankses med indre eller ytre krav som oppleves som vanskelige eller overgår ressursene til personen.

Det har vist seg at mestring, resiliens og veier til utvikling av sosiale ferdigheter er komplekse prosesser. Om barnet påvirkes av bestemte faktorer som er beskyttende og psykisk helsefremmende er avhengig av hva slags andre omstendigheter som er til stede samtidig, og hvilke utviklingsstadier barnet er i (Borge, 2003). Som Rutter (1985) påpekte varierer metringsevnen til individet med graden av, arten av og tidspunktet for belastningene. Til tross for denne kompleksiteten har man funnet mer

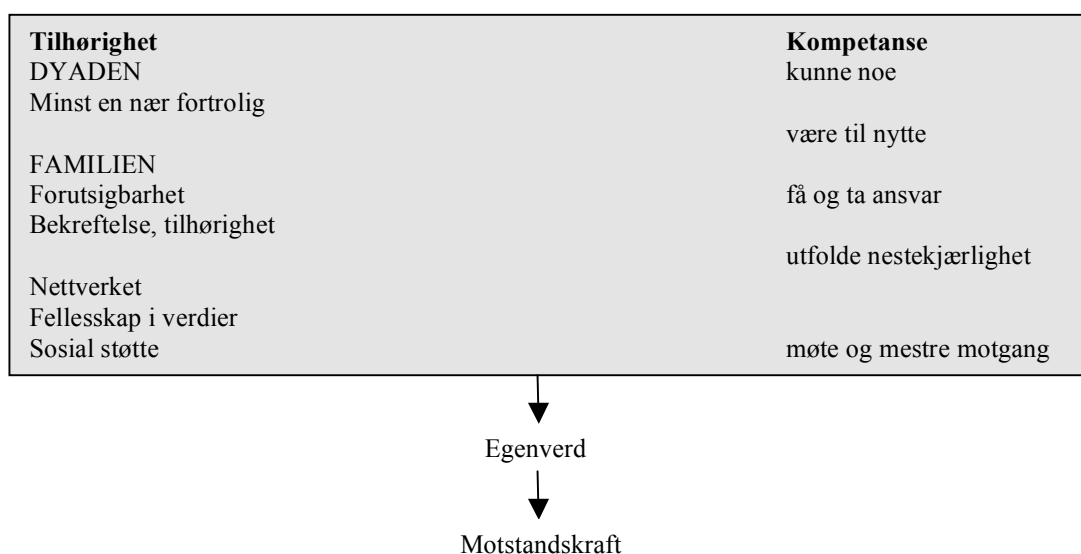
generelle faktorer som kan bidra til god fungering. Når det gjelder sosial- og skolemessig fungering har faktorer som gode foreldreferdigheter, god sosial støtte fra familie og venner og fullført utdanning hos foreldre vist seg å virke positivt (Dalgard, 2006). Sosial støtte fra venner og familie i perioder med belastninger har vist seg å være viktig (Sætre m.fl., 1996; Mathiesen m.fl., 2000). Dette gjelder også for familier med barn med spesifikke språkvansker.

I tillegg til hvilket utviklingsstadium barnet er på, omstendigheter og støtte rundt familien, har barnet selv individuelle trekk som er med på å gjøre dem mer eller mindre motstandsdyktige. Sommerschild (1998) beskriver motstandsdyktige barn i forskningen på mestringskompetanse. Disse har for eksempel tro på egne krefter, tar initiativ, er selvstendige og tåler skuffelser og forandringer, samt beskriver seg selv positivt. Dette kommer frem gjennom forskning på barn som har vært eller er utsatt for en belastning, og hvordan de klarer seg i livet. Hva gjør at noen klarer seg bra, mens andre sliter med ulike plager, for eksempel i forhold til psykisk helse? Sommerschild fant tidlige positive faktorer som hun kalte for ”trumfkort i livets spill”. Disse var god kontaktevne, fleksibelt viljesliv og evne til indre dialog gjennom symbolikk og et godt selvbylde.

Hun fant også kunnskap og inspirasjon gjennom langtidsstudien av en befolkningsgruppe på øya Kauai i Stillehavet. Disse levde under massive påkjenninger og barna kom fra familier preget av dårlig økonomi, arbeidsledighet, lav utdanning, ustabile familieforhold og mentale lidelser hos foreldrene. Disse barna følges gjennom over 30 år. Nær 1/3 av barna vokste opp til å bli kompetente, trygge og omsorgsfulle voksne. En finner at de mestrende barna kommer fra familier med sterkt samhold, felles verdier, klare regler og disiplin samtidig som barnas individualitet ble respektert. Sommerschild (1998) var opptatt av psykososiale problemer hos barn og hvordan dette problemet var stadig økende. Hun ble interressert i forebygging og merket seg i den forbindelse en skisse av Lester Libo. Libo mente to hovedområder var spesielt viktige i forhold til mestringen av egne liv: tilhørighet og kompetanse. Disse områdene samsvarte også med hva Rutter (1985) tidlig mente var noen av rammebetingelsene for individets motstandskraft. Trygge,

stabile, emosjonelle tilknytninger og egne erfaringer om å kunne noe. Dette ble grunnlaget for Sommerschields modell for mestringens vilkår (Sommerschild, 1998, s 58). Modellen er også aktuell i forhold til barn med spesifikke språkvansker fordi også disse i følge forskning kan ha ulike vanskeligheter eller utfordringer de må mestre. I tillegg kan denne brukes forebyggende på psykiske vansker ved at en sørger for at barnet med spesifikke språkvansker får dekket ”behovene” for tilhørighet og kompetanse slik de kommer frem i modellen:

**Figur 1 Modell for mestringens vilkår**





## KAPITTEL 5 METODE

Bakgrunn for undersøkelsen var et ønske om å se nærmere på forhold ved psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker. Jeg mente psykisk helse er et viktig område i forhold til livskvalitet og god utvikling, ikke minst for barn med en vanske. Dette gav inspirasjon til å velge nettopp dette temaet for hovedoppgaven. Ønsket var å undersøke den psykiske helsen ut fra et utvalg barn med nettopp spesifikke språkvansker. Først ønsket jeg å undersøke *om disse barna har problemer i forhold til psykisk helse*. Videre ønsket jeg å se på *hva slags problemer barna har med psykisk helse*. I tillegg ville jeg undersøke *om psykisk helse hos disse barna, varierer med alder og kjønn*.

Psykisk helse er et omfattende felt. Ut fra et ønske om å se nærmere på enkelte områder i forhold til dette, ønsket jeg også å undersøke *om mange av barna har problemer med vennskap og selvoppfatning*. Dette i tillegg til ekstra fokus på eventuelle områder resultater på skalaene viser at barna i utvalget har problemer med.

I dette kapittelet gjøres det rede for metodiske valg for undersøkelsen. Det legges frem valg av utvalg og metode på veien mot å få svar på forskningsspørsmålene. Videre gjøres det rede for PIC- ”Personlighets Inventorium for barn”, fordi denne i så stor grad er sentral i min undersøkelse. Jeg kommer til slutt inn på dataanalyse, og refleksjoner i forbindelse med undersøkelsens validitet, reliabilitet, generaliserbarhet, samt etiske betraktninger i forhold til denne.

### 5.1 Utvalg

For å undersøke forhold ved den psykiske helsen hos barn med spesifikke språkvansker var jeg avhengig av informasjon fra et utvalg bestående av en gruppe barn med nettopp slike vansker. Utvalg defineres av Robson (1993, s 136) som ”a selection from the population”. Et representativt utvalg er viktig for generaliserbarheten og den ytre validiteten i undersøkelsen. Valg av informanter er

avgjørende for å få svar på problemstilling og forskningsspørsmål. Et av forskningsspørsmålene var om psykisk helse varierer med alder og kjønn. Et utvalg med bredde i alderssammensetning var derfor ønskelig. For å belyse psykisk helse hos gutter og jenter, var det også nødvendig med et utvalg bestående av begge kjønn.

I samarbeid med Bredtvet kompetansesenter fikk jeg mulighet til å benytte ferdig utfylte PIC- svarskjema fra 63 foreldre. Disse hadde barn med spesifikke språkvansker som alle var diagnostisert ved kompetansesenteret. Skjemaene var helt anonyme, uten opplysninger knyttet til barnas identitet. Kun alder, kjønn og diagnosen spesifikke språkvansker kom frem gjennom disse. Jeg kunne dermed i samarbeid med og utfra kompetansesenterets datagodkjenning undersøke mine forskningsspørsmål gjennom dette materialet. Barna var i alder 5 -15 år, og presenterte ut fra sin alder, både skolens småskole-, mellom- og ungdomstrinn. Utvalget kan betegnes som klinisk, fordi samtlige barn er henvist til klinikk. Alle har norsk som morsmål og de skal komme fra ulike kanter av landet. I undersøkelsen betegner jeg mine informanter barn, selv om de eldste også kunne betegnes unge.

Mitt endelige utvalg består altså av 63 barn med spesifikke språkvansker i alderen 5 - 15 år. En populasjon er hele gruppen utvalget tas ut fra. Populasjonen i denne undersøkelsen består av norske barn i alderen 5-15 år som har spesifikke språkvansker. Når det gjelder overførbarhet til populasjonen, gjør likevel sammensetningen av utvalget at jeg må være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner. Utvalget mitt består av et ganske stort antall barn, men med bred alderssammensetning. Antallet barn i hver aldersgruppe varierer og er for lite, til å trekke slike konklusjoner. Jeg kan dermed først og fremst si noe om de 63 barna utvalget mitt består av. Dette kommer jeg nærmere inn på under generaliserbarhet.

## 5.2 Valg av metode

For å kartlegge psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker, valgte jeg som nevnt å benytte besvarelser på spørreskjemaet PIC. Denne mener jeg på en god måte kan gi informasjon om barnas psykiske helse. PIC er et omfattende personlighets

spørreskjema for barn i alderen 6- 16 år. Dette inneholder spørsmål om barns fysiske og psykiske helse, og skal besvares av barnets foreldre. Personlighetsinventoriet gir omfattende beskrivelser av barn i denne aldersgruppen når det gjelder atferd, følelser og kognitiv status. Denne kan brukes for å få svar på mine forskningsspørsmål omkring barnas psykiske helse.

PIC er ifølge Senter for barne- og ungdomspsykiatri et av verdens mest brukte diagnostiske instrument på barn. Spørreskjemaet har vært tilgjengelig i engelsk språklig versjon siden 1977 med tittel: "The Personality Inventory for Children", og i revidert utgave siden 1981. Denne er standardisert for amerikanske barn. I 1988 ble PIC oversatt til norsk av psykolog Kari Troland, men er ikke spesielt normert til norske forhold. Dette kommer jeg inn på under validitet og kritiske bemerkninger. PIC har likevel oppnådd anerkjennelse, og erfaringene både i Norge og også i andre land har vært gode (Troland, 1988). Den norske versjonen ble utprøvd av Troland ved Universitetet i Oslo, i samarbeid med ansatte ved Institutt for klinisk nevropsykologi.

### 5.3. Personlighets Inventorium for barn (PIC)

PIC bygger på og er utarbeidet på bakgrunn av en kjent personlighetstest for voksne; Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Hathaway & Mc Kinley, 1951). MMPI består av en samling utsagn omkring individets egne tanker, erfaringer og følelser omkring seg selv og oppfatning av andre. MMPI ble etter hvert svært mye brukt som kartleggingsverktøy av voksne, og den metodiske tilnærmingen fremsto som verdifull og nyttig (Troland, 1988). Det ble ønskelig å kunne videreføre metoden, til også å brukes på barn. I forbindelse med utredning av barn så man at inntaksprosedyren nesten alltid inkluderte samtaler eller intervju med informanter, der spesielt foreldre er sentrale. Forfatterne av PIC mente også at barna kunne ha vansker med å besvare spørsmål om seg selv. Dette grunnet av begrensninger i leseferdigheter og språkforståelse, og eventuell manglende motivasjon og konsentrasjon hos barnet som skulle testes. På grunnlag av dette besluttet forfatterne

---

å bruke foreldrene som informanter. Den systematiske informasjon fra foreldrene skulle i PIC analyseres, på samme måte som ved bruk av MMPI.

Utvalget for normering av PIC besto av 2390 protokoller, 100 protokoller for hvert kjønn på hvert alderstrinn fra 5 ½ - 16 ½ år (Wirt & Lachar, 1981). Det ble utarbeidet separate normer for gutter og jenter, på 1970 tallet ble skala konstruksjonene foretatt og "The Personality Inventory for Children" publisert. En versjon med 420 ledd ble prøvd ut på et stort materiale av barn med psykiske vansker og på normale barn. Siden fulgte en forandring der ingen testledd ble endret, men det ble foretatt forandringer i rekkefølgen av disse. Videreutviklingen gav også muligheter til å bruke forkortede utgaver av testen. Jeg benytter meg av den forkortede varianten i norsk utgave, som består av 280 testledd i stedet for 600. Denne har vist seg nyttig og har som sin opprinnelige variant høy grad av validitet. Dette er kanskje den mest brukte utgaven, som er gunstig for foreldre fordi den tar mindre tid, er lettere og mer håndterlig å besvare. I tillegg til denne, er en kortere variant med 131 ledd tilgjengelig. På grunnlag av denne kan de 4 faktorskalaene skåres. En variant med 420 testledd er tilgjengelig for mer omfattende kliniske analyser.

PIC skal identifisere dimensjoner ved barns utvikling med vekt på fysisk og psykisk helse, deres behov for videre kartlegging og eventuelt oppfølging. Testleddene i PIC er valgt ut for å dekke områder som er viktige dimensjoner ved et barns personlighet. I tillegg skal PIC gi et generelt mål på barnets psykologiske tilpasning. Testleddene i PIC består av ulike atferds beskrivelser av barn, som besvares med riktig eller galt av respondenten. Områder som ble sett på som spesielt viktige sider av barna personlighet, dannet utgangspunkt for utvelgelsen av testledd. Testleddene er skrevet i en deklarativ form, og begynner ofte med "Barnet mitt..." eller lignende. Eksempler på testledd er: Nr 13: "Barnet mitt har liten selvtillit", og nr 5 "Barnet mitt har mange venner". Det brukes både positivt og negativt formulerte setninger, nåtid og fortidsformuleringer, samt både ledd som indikerer sosialt ønsket atferd, sosialt uønsket atferd, og vansker av ulik grad.

### 5.3.1 PIC`s skalaer

Testleddene, som i dette tilfellet er 280 i antall, danner utgangspunkt for PIC`s skalaer. Disse skal besvares av barnets foreldre. PIC- skalaene er konstruert etter empirisk, rasjonell eller faktor- analytisk tilnærming. Oftest er det i denne undersøkelsen mor som var med barnet på kompetansesenteret. De fleste skjemaene med testledd er derfor besvart av barnas mødre. Hver skala er satt sammen av aktuelle testledd, med utgangspunkt i hva skalaen skal uttrykke. Alle skalaer gir i tillegg til å måle et bestemt område, informasjon om barnet har vansker på dette og i tilfelle hvor store vansker. Dette kommer frem gjennom betegnelsene normal, milde-, moderate- eller alvorlige problemer. Mange av skalaene er aktuelle i min undersøkelse, og jeg vil i det videre beskrive disse. Dette gjøres ut fra manualen, som gir detaljerte beskrivelse av hvordan resultatene på hver enkelt skala skal tolkes. Disse beskrivelsene er også utgangspunktet for tolkningen av mine resultater senere i oppgaven. Underveis gjør jeg greie for hvordan skalaene benyttes, for å få svar på mine forskningsspørsmål. PIC består av følgende skalaer:

- Validitetsskalaer
- Faktorskalaer
- Generell screeningskala
- Kliniske skalaer

#### *Validitets skalaer*

Dette er 3 skalaer som på skal vise om foreldrene ikke har vært ærlige eller nøyaktige i sine besvarelser, noe som kan resultere i at det gis et utriktig bilde av barnet. Skalaene sier først og fremst noe om validiteten i hver enkelt besvarelse og ikke om barnets fungering. I min undersøkelse ser jeg på og kommenterer disse i forhold til validiteten av resultatene. Dette gjøres i slutten av resultatdelen. Validitetsskalaene er som følger:

*Lie skalaen* er konstruert for å identifisere en defensiv respons stil, gjerne karakterisert ved en tendens til å idyllisere atferd og til å minimalisere og tildekke normale atferds problemer hos barnet. Skalaen kan reflektere at atferdsproblemer, særlig asosial atferd, familieproblemer eller psykologisk ubehag, benektes. Forhøyet skåre kan være et resultat av ønske om å gi inntrykk av at barnet ikke har problemer i det hele tatt, eller være uttrykk for et ønske om å beskytte barnet eller familien fra innsyn utenfra. *Frekvens skalaen* er konstruert for å identifisere et avvikende responsmønster. Dette kan være at foreldrene bevisst eller ubevisst overdriver symptomer hos barnet, eller at de krysser tilfeldig av for ”riktig” eller ”galt” på testleddene på spørreskjemaet. *Defensivitets skalaen* skal måle en tendens hos foreldrene til å vise motstand eller være defensiv i forhold til barnets atferd ved en utredning. Dette kan være at foreldrene benekter problemer hos barnet og bevisst prøver å fremstille det i et positivt lys.

### ***Faktorskalaer***

Disse konstruert på grunnlag av faktoranalyser. Hensikten med disse skalaene er å kunne identifisere større sammenfallende testleddgrupper som representerer vide psykopatologi dimensjoner. Kun 131 testledd er nødvendig å fylle ut for å bruke disse. Faktorskalaene er dermed blant annet egnet i forskningsprosjekter der man har begrenset tid, som en screeningteknikk for å finne ut om det er behov for mer detaljert utredning, eller når respondenten har en begrenset evne til å fylle ut et større antall testledd. I min undersøkelse har jeg brukt faktorskalaene for å få oversikt over hovedområder barna i utvalget kan ha problemer med. Disse brukes i forhold til å få svar på forskningsspørsmålet om *hva slags problemer barna har med psykisk helse*.

De fire faktor skalaene sier noe om barns fungering i forhold til følgende områder:

- *Udisiplinert/ dårlig selvkontroll*
- *Sosial inkompetanse*
- *Internalisering/ Somatiske symptomer*
- *Kognitiv utvikling*

### ***Generell screening skala***

PIC består av en generell screeningskala som på en rask måte skal identifisere personer med bestemte egenskaper ut fra en større gruppe. Denne skal skille ut individer med et potensielt problem fra individer som ikke har det, er ikke diagnostiserende men en indikator på bestemte risikofaktorer som bør undersøkes nærmere (Law, 1992). I dette tilfelle skal skalaen identifisere behov for utredning hos barn og unge, som viser dårlig psykologisk tilpasning. I min undersøkelse av barn med spesifikke språkvansker og psykisk helse er denne skalaen sentral. Jeg mener denne kan gi meg svar på mitt første forskningsspørsmål, som er *om barn med spesifikke språkvansker har problemer med psykisk helse*. I tillegg bruker jeg denne til å besvare mitt forskningsspørsmål om psykisk helse varierer med alder og kjønn.

*Skala for Psykologisk Tilpasning* skal identifisere barn med psykiske og emosjonelle problemer, og generell svak psykologisk tilpasning. Disse har på dette området behov for videre utredning (Lachar og Gdowski, 1979). Skalaen har vist seg å ha god predikativ validitet og stabilitet. På grunnlag av denne skal en kunne si noe om forventet videre utvikling hos et individ, og forventet fremtidig presentasjon (Lachar og Gdowski, 1979). Tilpasningsskalaen er sentral i min undersøkelse fordi denne kan identifiserer barn med psykiske og emosjonelle problemer, og dermed gi svar på om barna i utvalget har problemer i forhold til psykisk helse. Kelly fant at denne enkeltskalaen best kunne få frem alvorlighetsgrad i forhold til psykiske vansker hos barn (Troland, 1988). Dette både i forhold til PIC's andre skalaer og også i forhold til

”Child Behavior Checklist”. Høye T- skårer på denne skalaen er et tegn på dårlig psykologisk tilpasning med behov for nærmere psykologisk vurdering. Barn som skårer over ”normalt” defineres i PIC- materialet som en risikogruppe, med fare for å utvikle seg unormalt og uheldig.

### ***Kliniske skalaer***

Disse går mer detaljert inn på 12 områder relatert til psykisk helse og utvikling hos barn. De 3 første kliniske skalaer går på barnets kognitive status og betegnes som ”den kognitive triade”. De videre 9 gir et detaljert bilde av barnets psykiske helse (Troland, 1988). Jeg bruker alle disse, i forhold til å få mer detaljerte svar på mitt forskningsspørsmål om *hva slags problemer barna har med psykisk helse*. Skalaene brukes i tillegg til å besvare mer detaljert mitt forskningsspørsmål om *psykisk helse varierer med alder og kjønn*.

*Skala for Achievement/ Ferdigheter* skal identifisere barn med lærevansker uavhengig av intellektuell kapasitet. Spesielt reflekterer denne ferdigheter i forhold til for eksempel lesing. Skalaen sier også noe om psykologisk tilpasning selv om det primært er kognitive evner som måles. Når det gjelder psykologisk tilpasning er det karakteristikker som impulsivitet, begrenset konsentrasjon, vansker omkring forhold til kamerater og mangel på forventningshensyn skalaen kan si noe om. Ved ekstra høye T- skårer har det vist seg også kan reflektere atferdsproblemer og redusert selvbilde som mest sannsynlig skyldes stor grad av tilkortkomning på skolen (Troland, 1988).

*Skala for Intellektuell screening* er konstruert for å identifisere barn med vansker som kan relateres til redusert intellektuell fungering eller en spesifikk kognitiv svikt. Dette bør ved eventuelle forhøyede skårer vurderes nærmere. Skalaen er relatert til redusert koordinasjon, kognitiv svikt og til generell forsinket utvikling. Den viser seg og også kunne være relatert til utvikling av sosiale ferdigheter (Troland, 1988).



*Skala for Utvikling* er konstruert for å vise svak intellektuell eller fysisk utvikling. Resultatene på denne kan si noe om svikt i forhold til spesifikke kognitive, språklige og perseptuelle - motoriske ferdigheter. Barnet kan ha en svak kognitiv eller fysisk utvikling. Det kan komme frem at det for eksempel har en sviktende motorisk koordinering, vansker omkring skoleferdigheter, mangler på spesielle evner eller ferdigheter eller begrensede pragmatiske ferdigheter.

De resterende ni skalaer gir et detaljert bilde av barnets psykiske helse og omfatter ulike aspekter i forhold til dette:

*Skala for Somatisering* er konstruert for å måle helserelaterte variabler, frekvens og alvorlighetsgrad av somatisk plage. Dette kan være variabler som spise- eller søvnmonster, sykdom, energi og styrke, stressreaksjoner, hodepine eller mageplager. Skalaen kan si noe om en nevrotisk reaksjonstendens på stressede situasjoner.

*Skala for Depresjon* er konstruert for å identifisere depresjon hos barn eller reflektere barns depressive reaksjoner. Barna kan være grublende og humørsyke, sosialt isolert, ha gråteanfallet, manglende energi og manglende lystfølelse. De kan være sensitive overfor kritikk, ha lavt selvbilde og være lite kommuniserende. Skalaen består av tistledd som for eksempel "Barnet mitt smiler nesten aldri." eller "Barnet mitt har liten selvtillit".

*Skala for Familierelasjoner* er ment å si noe om samhold i familien og om familieeffektivitet. Denne reflekterer foreldrenes emosjonelle tilpasning og skal identifisere foreldre- og familiekarakteristikk som er av betydning for hvordan barnet fungerer. Dette kan være familiestabilitet, disiplin, kommunikasjon mellom foreldre og generell atmosfære i familien. Skalaen kan også si noe om behov for hjelp for familien som helhet.

*Skala for Delinquency* er konstruert som et diagnostisk instrument for sosialt avvikende og eventuell kriminell atferd. Skalaen sier noe om bred antisosial atferd og om manglende respekt i forhold til andres følelser og rettigheter og en generell dårlig tilpasning. Mindre faktorgrupperinger kommer inn på en eventuell begrenset

frustrasjonstoleranse, irritabilitet, manglende interesse, tristhet, fiendtlighet og om manglende respekt og begrenset formell sosial deltakelse hos barnet.

*Skala for Tilbaketrekking* er konstruert for identifisere barn som unngår sosial kontakt, har få venner, ikke stoler på andre og ønsker å forbli isolert. Den måler grad av glede ved sosial interaksjon eller om barnet har ønsker om isolasjon. Den ser på ubehag i sosiale situasjoner eller unngåelse av kontakt og manglende emosjonell tilknytning. Også antall venner, eventuell mistillit til andre og valg av isolerte aktiviteter kommer frem her. Faktorgrupperinger kan si noe om fysisk eller sosial isolasjon om sjenerthet eller om frykt for fremmede. Og om emosjonell avstand, bevisst tilbaketrekking, søken etter isolerte aktiviteter eller mistillit. Eksempler på testledd er ”Det virker som barnet mitt ikke bryr seg om å være sammen med andre” og ”Jeg lurte ofte på om barnet mitt er ensomt”.

*Skala for Angst* indikerer symptomer på angst. Den får frem begrenset frustrasjonstoleranse, overdrivelse av bekymring og bekymring generelt hos barnet. Den viser irrasjonell angst, frykt og mareritt samt atferdsmessige og fysiologiske angstkorrelater. Faktorgrupperingene sier noe om labilitet, frykt, lavt selvbilde, alvorlighet, pessimisme og sensitivitet i forhold til kritikk. Eksempel på aktuelle testledd er ”Barnet mitt bekymrer seg over ting det er vanlig at bare voksne bekymrer seg over”.

*Skala for Psykose* er konstruert for å skille mellom barn med psykotisk symptomatologi og normale men atferdsmessig forstyrrede barn. Den sier noe om mindre fungerende realitetsfunksjoner, større grad av tilbaketrakkethet, mer angst og fordreining og færre sosiale ferdigheter enn andre barn. Det understrekes at barn med psykotiske symptomer får svært høye, som over 100 T. Forhøyet skåre under et slikt nivå er heller tegn på emosjonell labilitet, sosial tilbaketrekking, muligens forsinket utvikling eller dårlig utviklede sosiale ferdigheter. *Skala for Hyperaktivitet* skal identifisere barn som assosieres med diagnosen hyperkinestetisk forstyrrelse eller ADHD.

---

*Skala for Sosiale ferdigheter* reflekterer effektive sosiale relasjoner. Dette kan være om det har evne til å lede og følge og dets deltakelsesnivå i organiserte aktiviteter. Videre kommer det frem om barnet har selvtillit og styrke i sosiale situasjoner og hvordan det er i forhold til sosial forståelse og takt i mellommenneskelige relasjoner. Faktorgrupperinger kan supplere med informasjon om grad eller mangel på suksess i sosiale aktiviteter. Dette kan være mangel på venner, om det ikke blir godkjent av andre, ikke deltakelse eller medlemskap i sosiale aktiviteter eller om barnet har voksne som eneste sosiale kontakter. Faktorgrupperinger kan også si noe om eventuelle årsaker til dette. Eksempler på aktuelle testledd er ”Barnet mitt har få venner” og ”det virker ikke som andre hører på eller legger særlig merke til barnet mitt.”

### **5.3.2 Analyse av dataene**

I etterkant er skjemaene skåret etter skåringsmanualen for PIC materialet. Råskårene som først noteres ned uttrykkes deretter i T- skårer. PIC har eget skåringsskjema for gutter og jenter. Ut fra T- skårene ble resultatene gruppert ut fra kategoriene ”normalt”, ”milde problemer”, ”moderate problemer” og ”alvorlige problemer”. For enkelte skalaer regnes skårer under 60 T som normalt, mens det på andre er 70 T som er grensen. T- skårer på over 60 og 70 er et konservativt estimat som tilsvarer henholdsvis ett eller to standardavvik over gjennomsnittet, noe som ut fra PIC regnes som en streng bedømmelse av svarene.

Tolkning av PIC (Lachar og Gdowski, 1979) bygger på veldokumenterte korrelasjoner mellom testtegn som er objektivt dokumentert, som profilmønstre og skalaverdi. Ved bruk av PIC skal disse identifiseres gjennom en systematisk gjennomgang av profilen.

### **5.3.3 Kritiske bemerkninger i forhold til PIC**

PIC har, som Kari Troland forutså i 1988, oppnådd anerkjennelse. Den har god validitet og har vist seg anvendelig i forhold til mange ulike grupper barn og vanske

områder. Enkelte kritiske bemerkninger kan likevel forekomme. Testen ble tidligere kritisert fordi man mente at den var for krevende og omfattende for foreldrene. Både en god del konsentrasjon og tid var påkrevet, om foreldrene skulle kunne svare ærlig og seriøst på alle de opprinnelige 600 spørsmålene. En del mente den gang det som krevdes av foreldrene ikke alltid samsvarte, med hva en kunne gi tilbake i form av tiltak. Etter hvert gikk en fra 600 til å heller bruke 420 ledd. Videreutviklingen har som nevnt ført til at en nå kan benytte en forkortede versjonen med 280 ledd. Dette gjør testen mye lettere og mer håndterlig for foreldrene og gjør den dermed mer anvendelig i bruk.

Det kan påpekes at PIC er for mye problemfokusert og i liten grad avdekker styrker og ressurser hos barnet. En bør nok i tillegg til informasjonen en får gjennom bruk av dette, sikre seg en god oversikt over dets ressurser, interesser og områder der barnet opplever eller har mulighet til å oppleve mestring. Dette kan gjøres gjennom for eksempel intervju eller samtale med barnets foreldre, barnet selv og gjerne også fagpersoner i tett tilknytning til barnet i skole eller barnehage. Dette er nyttig informasjon for videre oppfølging av barnet generelt, og også i forhold til psykisk helse hos barnet spesielt.

PIC har fra en familietenkningstradisjon blitt kritisert for å ha for mye fokus på selve barnet i forhold til å fokusere på familien som helhet, og i tillegg påpekes viktigheten av å sette fokus på andre viktige arenaer for barnet, som skole og barnehage. Igjen kan en bemerke at skjemaet ikke kan brukes som diagnostisering alene, men som en del av en videre vurdering der en også ser på de nevnte arenaer. I tillegg er skjemaet som et utgangspunkt for videre vurderinger, der en for eksempel med utslag på screening skalaen *Psykologisk tilpasning* finner barn som har behov for videre utredning i forhold til psykisk helse. PIC skal slik fungere som et utgangspunkt for å gå videre inn i problematikken hos det enkelte barn, og er ikke ment å skulle stå alene i forhold til utredning av andre deler av barnets liv og fungering, samtaler, annen testing og observasjon.

Selv om PIC er anerkjent og skal ha god validitet og grad av troverdighet, har den visse svakheter. Det er viktig å være klar over disse, når en skal benytte denne. Blant annet bør PIC tilpasses bedre til norske forhold, om den brukes på førskolebarn. Dette tas også opp i manualen (Wirt et al, 1984). Videre er PIC overført fra amerikanske forhold, og er ikke normert her i landet. Dette er en svakhet det er viktig å være oppmerksom på. Allerede ved norsk oversettelse og pilotutprøving kom det frem at det bør tas forbehold i tolkningen av enkelte skalaer, i forhold til norske forhold. Dette gjelder særlig de 3 kliniske skalaer som inngår i den kognitive triade, skala for *Familiereelasjoner* og skala for *Hyperaktivitet*.

Skalaene som inngår i den kognitive triade, kan ikke erstatte annen testing. De kan imidlertid være indikator på behov for videre utredning på dette området. At dette også gjelder skalaen for *Hyperaktivitet*, er ikke noen overraskelse, blant annet med tanke på hvor mye utredning som bør gjøres, før en setter slike diagnoser. Skalaen for *Familiereelasjoner* passer i liten grad til norske forhold, blant annet fordi denne er spesielt sentrert om far og fars rolle i familien. I norske familier der mor er aleneforsørger, kan man få lave skårer på skalaen, uten at det i realiteten foreligger problemer. Heller ikke i forhold til vanlige, norske toforeldre familier fungerer skalaen helt bra. Dette fordi denne har vist seg å ikke fange opp enkelte familieinteraksjonsproblemer, som det kunne vært nyttig å få informasjon om (Troland, 1988). På grunnlag av de nevnte forhold, har jeg valgt å ikke vektlegge denne skalaen videre i undersøkelsen.

PIC bruker foreldre, og i første rekke mødre, som respondenter. Kritikere har problematisert at det da er mødrenes persepsjon av barnas situasjon som reflekteres, og lurt på hvordan dette påvirker validiteten til undersøkelsen. Til dette kom responser blant annet fra Lachar et al (1987) på at foreldrene alltid vil være klinikers viktigste informasjonskilde, og at informasjon om barnets situasjon kan komme godt frem i en godt opparbeidet undersøkelse, som PIC. Blant annet fant Sylvester, Hyde og Reichler (1987) bedre samsvar mellom barne- intervju og PIC enn mellom barneintervju og foreldreintervju.

På tross av enkelte kritiske innvendinger kommer ”Personality Inventory for Children” godt ut, når den blir sammenlignet med andre hjelpemidler som kartlegger psykisk helse hos barn. Dette gjelder for eksempel med henblikk på psykometriske kvaliteter som reliabilitet, innholds-, kriterie-, og klinisk validitet. Det gjelder også i forhold til informasjonsomfang, lesbarhet og tolkbarhet (Troland, 1988). PIC er nå et kjent instrument i klinisk psykologi. Den har oppnådd aksept som valid mål, og brukes nå som uavhengig mål på barns fysiske og psykiske helse i utbredt grad.

## 5.4 Refleksjoner i forbindelse med undersøkelsen

I et forskningsprosjekt vil validitet, reliabilitet og generaliserbarhet være viktige områder å ta i betraktning, både i planlegging, gjennomføring og tolkning. Også i min undersøkelse har dette vært et sentralt punkt. Hvordan klarer jeg ved hjelp av PIC å måle områdene jeg i forskningsprosjektet ville undersøke? Er funnene generaliserbare? Er utvalget mitt representativt? Og sist men ikke minst, om jeg får svar på mine forskningsspørsmål, om psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker.

### 5.4.1 Validitet

Validitet handler om grad av sikkerhet, eller gyldighet i en undersøkelse. Det omhandler sannhetsgehalten i dataene og troverdigheten til undersøkelsen og de innhentede dataene (Vedeler, 2000). Cook og Campell har et validitetssystem for kausale undersøkelser som jeg ser på som et nyttig utgangspunkt for vurdering av min undersøkelse omkring psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker. Jeg vil videre gi en kortfattet beskrivelse av de ulike validitetstypene og relatere dem til undersøkelsen min.

I Cook og Campells validitetssystem opereres det med fire typer validitet; statistisk validitet, begrepsvaliditet, ytre validitet og indre validitet (Lund, 2002). Indre validitet er mer aktuell for kausale undersøkelser og vil derfor ikke kommenteres nærmere i forhold til min deskriptive undersøkelse. Statistisk validitet handler om i

hvilken grad det finnes statistiske forutsetninger for å foreta den analysen man har gjort (Lund, 2002). Ytre validitet refererer til om resultatene i undersøkelsen kan generaliseres til en større populasjon. Dette kommer jeg videre inn på under generaliserbarhet. Utvalget mitt består av 63 barn med spesifikke språkvansker. Disse kommer fra ulike kanter av Norge, og representerer barn fra både by og land. Alle har vært i kontakt med Bredtvet kompetansesenter, og fått diagnosen der. Dette kan være med å trygge at diagnosen er satt ut fra samme kriterier, noe som igjen er positivt for den ytre validiteten av undersøkelsen og for generaliserbarheten. Jeg mener utvalget er representativt og kan si noe om tendenser i forhold til psykisk helse i gruppen. Det burde likevel vært større, om jeg skulle kunne generalisere til hele gruppen barn med spesifikke språkvansker. Dette er forhold jeg kommer tilbake til under generaliserbarhet.

Begrepsvaliditet viser til hvorvidt instrumentet man har valgt for å måle et fenomen måler nettopp dette. I min undersøkelse benytter jeg meg av PIC som måleinstrument. PIC skal ha høy grad av validitet i forhold til skalaer og enkeltpørsmål omkring psykisk helse. Det er imidlertid viktig å være bevisst på hva den måler. Også i PIC manualen trekkes det frem viktigheten av å ikke legge noe annet i begrepene enn det som beskrives i manualen. Skalaene og informasjonen disse gir, mener jeg samsvarer godt med det jeg ønsker å finne ut i undersøkelsen, ut fra mine forskningsspørsmål. Jeg anser dermed begrepsvaliditeten som ivaretatt. Det må likevel presiseres at når jeg måler områder i forhold psykisk helse, som tilbaketrekking og psykisk helse ut fra skal for Psykologisk tilpasning, gjøres dette ut hva som legges i begrepene i PIC. Ved andre måter å definere begrepene på er ikke resultatene overførbare.

I mitt forskningsprosjekt bestod en stor del av jobben i å registrere foreldrenes svar. Med svarkategori for ja eller nei på hvert spørsmål og 280 spørsmål på hver av de 63 foreldrene som svarte blir det viktig å være nøyaktig for å unngå at det sniker seg inn feil i registreringen. Ved gjentatt å kontrollere og gå i gjennom skjemaene opp mot innkodede resultatene i SPSS dataprogram, mener jeg det skal være svært liten grad av målingsfeil som kunne påvirke reliabiliteten i undersøkelsen. Det hevdes av Gall (1996) at *"a score with a small amount of measurement error is described as*

*reliable*”. Om noen mindre feil likevel skulle ha oppstått mener jeg dette ikke er flere enn det Gall og medarbeidere kaller ”*a small amount*” og dermed ikke problematisk i forhold til reliabiliteten i undersøkelsen.

Når det gjelder siste forsknings spørsmål, om mange av barna har problemer med vennskap og selvbilde, går jeg inn på enkelte testledd i PIC. Kritiske bemerkninger i forhold til en slik fremgangsmåte, er at jeg ikke har noen kontrollgruppe. En slik kontrollgruppe kunne bestått av jevnaldrende barn uten spesifikke språkvansker. Å ha en kontrollgruppe ville bli for omfattende i forhold til denne undersøkelsen. Også uten kontrollgruppe mener jeg det er nyttig og interessant, å se på utvalgets resultater. Det hadde imidlertid vært spennende å i ettetid undersøke, hvordan foreldre til barn uten spesifikke språkvansker, eller andre vansker, ville svare.

I forbindelse med at PIC som nevnt ikke er normert for norske forhold, har den svakheter det en viktig å være oppmerksom på. Som nevnt bør den tilpasses bedre til norske forhold ved bruk på førskolebarn. Førskolebarn er ikke en del av mitt utvalg og dette representerer dermed ikke noe problem i forhold til validiteten i undersøkelsen. Allerede ved norsk oversettelse og pilotutprøving kom det som nevnt frem at det bør tas forbehold i forhold til tolkning av enkelte skalaer i forhold til norske forhold. Dette tar jeg hensyn til i undersøkelsen. Det beste for validiteten ville likevel vært om denne hadde vært normert til norske forhold. Utprøvingen som er foretatt og gode erfaringer som er gjort ved bruk av PIC, gjør at jeg likevel mener jeg kan stole på forskningsresultatene mine, og at begrepsvaliditeten er ivaretatt.

### **5.4.2 Reliabilitet**

En undersøkelses reliabilitet går på resultatenes grad av pålitelighet og nøyaktighet (Robson, 1993). Et sentralt spørsmål i forhold til dette er om man ved gjentatte målinger med samme måleinstrument måler det samme (Kleven, 2002).

Måleresultatene skal være stabile og presise og forekomsten av målefeil redusert til et minimum (Befring, 2002).



Et viktig punkt i forhold til reliabiliteten i min undersøkelse er foreldrenes besvarelse av testledd på spørreskjemaet. Disse bør være godt gjennomtenkt, så svarene gis mest mulig ærlig og riktig i forhold til barnet. Dette kan spesielt være aktuelt om skjemaet skulle besvares hjemme. Et omfattende spørreskjema kan for enkelte være lite motiverende i en hektisk hverdag. At skjemaet består av hele 280 spørsmål kunne få enkelte til å gå fort frem for å ”komme gjennom”. Svarene ville da bli lite gjennomtenkt, og det kunne oppstå feil i forhold til både innhold og mer tilfeldige avkrysningsfeil. At PIC er besvart ved kompetansesenteret, kan i denne forbindelse være en fordel. Foreldrene da har god tid og fullt fokus på det aktuelle barn. Det er satt av tid til å besvare PIC i opplegget. Dette kan være positivt for foreldrenes konsentrasjon omkring besvarelsen, og dermed positivt for validiteten og reliabiliteten i min undersøkelse.

I forhold til foreldrenes besvarelse av spørreskjemaet, har PIC har noen forutsetninger som må være tilstede for at skåringsprofilene skal være tolkbare. Dette er for eksempel at respondenten ikke har krysset av tilfeldig eller svarer ”galt” eller ”riktig” på alle testledd, eller velger svarene tilfeldig (random sort). I slike tilfeller blir skalene kunstig høye eller kunstig lave. Dette var ikke tilfelle hos noen av respondentene i denne undersøkelsen. Selv om profilene er tolkbare kan disse være uttrykk for overdrivelse eller tilbakeholdenhet. Dersom skårer på PIC` validitetsskalaer er innenfor normalområdet, skal en kunne regne med at respondenten ikke overdriver symptomer eller er spesielt tildekkende i forhold til barnets problemer.

En av validitetsskalaene i PIC, er *Lie- skalaen*. Denne skal identifisere om respondenten er defensiv, og minimerer eller idylliserer normale atferdsproblemer hos barnet. Om resultatet på denne skalaen er forhøyet, skal det være et uttrykk for at barnet fremstilles i et noe prektig lys og at problemer bagatelliseres. Det kan også bety at barnet rett og slett er tilbakeholden og lite selvhevdende. Skårene blir relevante over 69 T (Troland, 1988). I min undersøkelse fant jeg 7 besvarelser med en slik forhøyet skåre på Lie- skalaen. Det var verken forskjeller i kjønn eller alder, når det gjaldt hvem som hadde forhøyet skåre. Disse fordelte seg jevnt i utvalget. Hos

barn dette gjelder, kan det bety at foreldrene har forsøkt å skjule problemer hos barnet, eller at de vegrer seg mot innsyn utenfra. Det kan imidlertid også bety at deres barn rett og slett er slik; ekstra forsiktige og noe tilbaketrukket i atferd. Når det gjaldt de to resterende skalaer, fant jeg liten grad av forhøyede skårer. Til sammen, og med reservasjoner som er forelagt i forhold til skåringsresultatene på Lie- skala, velger jeg å tolke resultatene totalt i forhold til reliabilitet, som tilfredsstillende.

I tillegg kommer eventuelle egne målefeil. Disse har jeg som nevnt ved gjentatte kontroller og gjennomganger av skjemaer og innkodede resultater, forsøkt å redusere til et absolutt minimum. Om enkelte feil likevel skulle ha oppstått, mener jeg som nevnt dette er "*a small amount*", og dermed ikke flere enn det Gall og medarbeidere (1996) hevder er uproblematisk i forhold til reliabilitet i en undersøkelsen.

### **5.4.3 Generaliserbarhet**

Generaliserbarhet dreier seg om funnene en gjør i undersøkelsen er allmenngyldige. De skal være gyldige med andre informanter, i andre situasjoner, til andre tidspunkt og i andre kontekster (Vedeler, 2000). Mitt utvalg består som nevnt av 63 barn fra ulike kanter av landet. Når det gjelder overførbarhet til populasjonen gjør likevel sammensetningen av utvalget at jeg må være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner. Et problem mener jeg er spredningen i alder og at antallet barn i hver enkelt aldersgruppe ikke er større. Et antall på 63 barn mener jeg ikke er stort nok til å trekke slike konklusjoner. Hadde dette bestått av bare barn i samme alder, ville saken vært en annen. Jeg ville da i større grad kunne trekke konklusjoner for alle barn med spesifikke språkvansker i den aktuelle aldersgruppe. I tillegg kan utvalget betegnes som klinisk siden dette er barn henvist til et kompetansesenter, og altså en klinikk. Jeg kan dermed kun si noe om de 63 barna med språkvansker som utvalget mitt består av. Ut resultatene kan jeg imidlertid si noe om en tendens, som dermed også kan undersøkes videre.

Spesielt i forhold til jentene, er det vanskelig å generalisere. Disse utgjør omkring 24 % av materialet, og antall jenter i hver aldersgruppering blir dermed ikke så høy.

Sammensetning av kjønn i utvalget samsvarer imidlertid godt med fordeling av gutter og jenter hos barn med spesifikke språkvansker, i det virkelige liv.

## 5.5 Dataanalysen

For å analysere data i undersøkelser kan man benytte ulike metoder. Valg av metode for analysen er avhengig av formålet med forskningsprosjektet. For å si noe om psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker trengte jeg et statistisk dataprogram for å analysere dataene mine. Jeg valgte SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for å utføre dette. SPSS behandler deskriptive data slik jeg har i min undersøkelse. Resultater vil bli presentert og drøftet i neste kapittel. Analyse av PIC resultatene er fremstilt under metodedelens avsnitt om Personlighetsinventoriumet. Jeg kommer derfor ikke nærmere inn på dette her.

## 5.6 Etiske overveielser

Etiske overveielser er viktig ikke bare i planleggingen av et forskningsprosjekt, men under hele prosessen til prosjektet avsluttes. Etiske hensyn må tas både i forhold til vitenskapsinterne forhold, og til informantene (Halvorsen, 1993). Ifølge Befring (2002) er slike hensyn og betraktninger rundt disse av stor betydning for at forskningen skal være etisk troverdig, sannferdig og til å stole på. Jeg har i min forskningsundersøkelse under hele prosessen forsøkt å ivareta viktige etiske hensyn. Halvorsen (1993) peker på tre viktige områder i forhold til etikk og forskningsundersøkelser. Det første er at data velges ut på en systematisk måte, uten å plukke ut data som er spesielt gunstige i forhold til egen undersøkelse, og dermed styre resultatene av denne. Videre må det benyttes pålitelige fremgangsmåter i behandlingen av data. Sist men ikke minst, fremhever Halvorsen at resultatene må presenteres på en slik måte at andre senere kan etterprøve forskningen og komme med eventuell nødvendig kritikk. Alle disse forhold har jeg prøvd å ta hensyn til i min forskningsundersøkelse.

Et viktig område i forhold til etiske overveielser i mitt forskningsprosjekt er at dataene er anonymisert, noe de har vært helt fra begynnelsen av denne undersøkelsen. Foreldrene har i tillegg selv, sammen med sine barn der disse er gamle nok, fått velge om de kan tenke seg å svare på PIC. De har som nevnt gjort dette ved et opphold på Bredtvet kompetansesenter, og hadde den gang mulighet til å spørre spørsmål underveis. Foreldrene ble fulgt tett videre opp med tanke på barnets fungering generelt, og også om det ble avdekket bekymringsfulle forhold knyttet til psykisk helse, slik at dette kunne følges opp i barnets hjemmemiljø.

## KAPITTEL 6 PSYKISK HELSE HOS BARNA I UTVALGET

I dette kapittelet ønsker jeg å presentere og drøfte resultatene fra undersøkelsen med utgangspunkt i min problemstilling og mine forskningsspørsmål. Min problemstilling er som tidligere beskrevet: *Hvordan er den psykiske helsen hos barn med spesifikke språkvansker?* Denne har jeg operasjonalisert i fire forskningsspørsmål som danner grunnlaget for, og er fokuset i undersøkelsen. Disse er også førende for utforming av denne. Mine forskningsspørsmål er:

- 1. Har barn med spesifikke språkvansker oftere problemer med psykisk helse enn andre barn?*
- 2. Hva slags problemer har barna med psykisk helse?*
- 3. Varierer psykisk helse hos disse barna med alder og kjønn?*
- 4. Har mange av barna problemer med vennskap og selvoppfatning?*

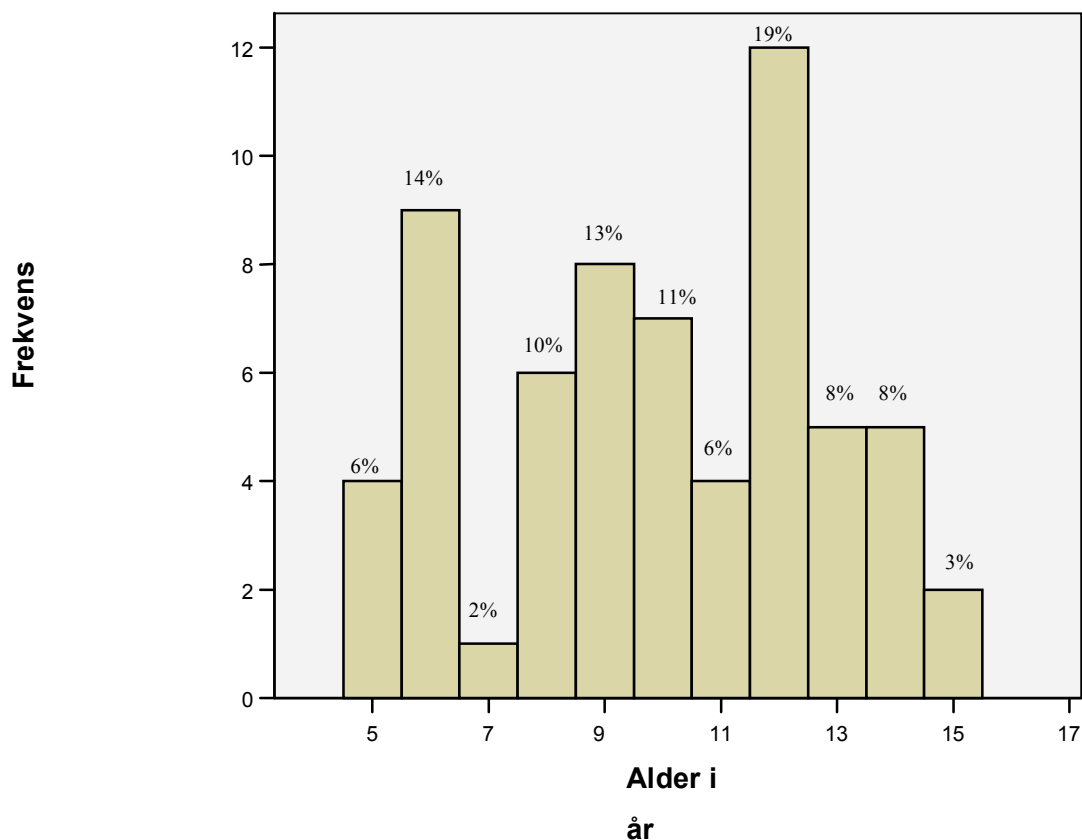
I denne delen presenteres først sammensetningen av utvalget mitt. Dette fordi forhold ved dette, som fordeling av kjønn og alder, er en aktuell del av mine forskningsspørsmål. Deretter presenteres resultater i forhold til disse. Jeg kommer først inn på hvilke antagelser jeg hadde på forhånd, og legger deretter frem resultater ut fra forskningsspørsmålene. Alle resultatene er som nevnt slik det fremgår av PIC, og ut fra hvordan barna oppfattes av barnas foreldre. Dette siden det er disse som har besvart PIC` 280 testledd. Resultatene vil drøftes underveis.

### 6.1 Utvalget

Mitt utvalg består av 63 barn med spesifikke språkvansker. Disse er i alderen 5 -15 år. Barna i utvalget kommer som nevnt fra ulike deler av landet. Alle har norsk som morsmål. De har fått diagnosen spesifikke språkvansker ved Bredtvet Kompetansesenter, og mor eller far har fylt ut PIC- skjemaet under opphold der.

Aldersgjennomsnittet er 10,9 år. Figur 2 viser spredning av alder i utvalget mitt. Det fremgår ut fra denne stor variasjon når det gjelder antall barn i hver aldersgruppe. Ytterpunktene er at 12 år er den alderen med høyest frekvens, og tilsvarer 12 barn. Motsatt er det bare 1 barn med alder 7 år, noe som er laveste frekvens når det gjelder alder i utvalget.

**Figur 2 Spredning av alder i utvalget**



Utvalget består av 48 gutter og 15 jenter. Guttene utgjør 76 % og jentene 24 %. Om jeg ønsket å oppnå likt antall jenter og gutter i undersøkelsen, måtte jeg redusert for eksempel til 30 barn. Å redusere antallet så mye, ville være negativt for generaliserbarheten av undersøkelsen. Alle informantene ble derfor beholdt.

Fordelingen i utvalget samsvarer i tillegg godt med virkelighetens kjønnsfordeling, når det gjelder spesifikke språkvansker. En regner som tidligere nevnt at to til tre ganger så mange gutter som jenter har slike vansker (Leonard, 2000).

Jeg ønsket å finne ut om psykisk helse varierer med alder. For å finne ut dette var det hensiktsmessig å dele inn utvalget. Ved å dele dette omtrent på midten oppnår jeg å få to grupper med ganske lik størrelse. En naturlig gruppering av utvalget er to hovedgrupper der den ene består av 28 barn i alder 5-9 år, noe som utgjør 44 % av utvalget. Den andre består av 35 barn i alder 10- 15 år, noe som utgjør 56 % av utvalget. Alder på barna i den første gruppen tilsvarer skolens småskoletrinn. Fire av disse er ikke fylt seks år, men har en fødselsdato som gjør at de går i første klasse på skolen.. Jeg kaller denne gruppen ”småskoletrinn”. Den andre gruppen har barn med alder tilsvarende mellom- eller ungdomstrinn på skolen. Denne gruppen kaller jeg ”mellom- og ungdomstrinn”. Når det gjelder kjønnsfordeling består begge gruppene av ca 1/3 jenter og 2/3 gutter.

For å få mer nyanserte svar på hvordan psykisk helse varierer med alder, delte jeg i tillegg den eldste gruppen i 2. Overgangen fra mellomtrinnet til ungdomsskolen kan være utfordrende for mange. Dette innebærer ofte en fysisk overgang til ny skole, der de går fra å være eldst på skolen, til å være yngst og sammen med ungdom. I tillegg starter da barna selv på en utvikling mot å bli ungdom. På grunn av slike forandringer i denne aldersperioden, ønsket jeg å supplere med tre grupper: ”Mellomtrinn” - gruppen består nå av barn i alderen 10- 12 år. Disse tilsvarer med en slik deling ca 30 % av det totale utvalget. ”Ungdomstrinn” - gruppen består av barn i alder 13- 15 år, og tilsvarer ca 20 % av det totale utvalget. Tabell 2 viser fordeling av alder og kjønn i utvalget når dette er delt i tre grupper.

**Tabell 1 Fordeling av alder og kjønn, når barna er delt inn i tre grupper**

	Småskoletrinn 5-9 år		Mellom trinn 10-15 år		Ungdoms trinn 10-15 år		Alle	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Gutter</b>	21	75	17	81	8	67	48	76
<b>Jenter</b>	7	25	4	19	4	33	15	24
<b>Total</b>	28	100	21	100	12	100	63	100

Tabellen viser at kjønnsfordelingen i de tre gruppene varierer noe. I alle gruppene er guttene i flertall. Antallet jenter tilsvarer omtrent fra en tredjedel til en fjerdedel. Hos 13- 15 åringene er andelen jenter noe høyere enn i de to andre gruppene. Ved sammenligning med de andre gruppene kommer det frem at jentene tilsvarer omtrent 1/3 av barna på ungdomstrinn, mens de tilsvarer 1/4 på småskoletrinn og 1/5 på mellomtrinn. En kan gjør seg noen tanker om språkvanskene dermed er mer vedvarende hos jentene enn hos guttene, og om fordelingen av kjønn blir mer lik ved økt alder. Skulle dette være tilfelle burde mellomtrinn gruppen også bestått av flere jenter, noe den ikke gjør. Uansett er antallet barn for lite til å si noe bestemt om dette, og fordelingen mellom kjønn kan skyldes tilfeldigheter i utvalget.

Som det fremgår av tabell 1, blir antall barn på hvert trinn mer ulik, enn ved en inndeling i to grupper. Dette mener jeg likevel er en hensiktsmessig oppdeling, i forhold til mine forskningsspørsmål.

## 6.2 Har barn med spesifikke språkvansker oftere problemer med psykisk helse enn andre barn?

På forhånd antok jeg at barn med spesifikke språkvansker oftere enn andre barn uten vansker, har problemer med psykisk helse. Antagelsen bygger på teori og forskning om disse barnas utfordringer i forhold til lek, samspill, vennskap og lignende. Om disse barna større grad av problemer på disse områdene enn jevnaldrende, antok jeg dette kunne virke negativt på den psykiske helsen. Mitt første forskningsspørsmål er dermed: *Har barn med spesifikke språkvansker oftere problemer med psykisk helse enn andre barn?*



PIC-skala for Psykologisk tilpasning består av 54 testledd som samsvarer med det jeg i undersøkelsen betegner som psykisk helse. Skalaen vil også gi informasjon, om hvor alvorlige eventuelle vansker er hos barna i utvalget. Skårer på denne skalaen regnes som normale når de er under 60 T. Barn med T-skårer over 60, defineres i PIC-materialet som en risikogruppe, med fare for å utvikle seg unormalt og uheldig av sosiale, biomedisinske eller biologiske grunner (Smith og Ulvund, 1997). Disse viser i følge PIC, tegn på dårlig tilpasning og problemer med psykisk helse. Barn med slike resultater, har behov for nærmere psykologisk vurdering. Om skåren er mellom 60- 69 regner man med at barnet har et mildt problem. Skårer  $T > 70$  som moderat- og  $T > 80$  som alvorlig problem.

Tabell 2 viser hvor stor andel av barna i hele utvalget som har problemer med psykisk helse slik det fremgår av skalaen for Psykologisk tilpasning.

**Tabell 2 Psykisk helse hos barna i hele utvalget**

Psykologisk tilpasning	Antall barn	%
Normalt	27	43
Milde, moderate, eller	36	57
Total	63	100

Tabellen viser at 43 % har T-skårer som tilsvarer normal psykologisk tilpasning, mens 57 % av barna har forhøyet T-skåre, noe som indikerer problemer med psykologisk tilpasning. At mange barn har vansker, gjenspeiles også i utvalgets gjennomsnittsskåre. Denne er 61, 60T, noe som er ganske høyt med tanke på at grensen for problemer på denne skalaen er  $T > 60$ . Standardavviket er 12, 22. Dette viser at det er forholdsvis høy grad av spredning i svarene. En kan som nevnt forvente problemer hos 13 % av barna i samme aldersgruppe. I mitt utvalg viser det seg å være over 4 ganger så hyppig problemer, som blant barn på samme alder uten slike vansker.

Dette samsvarer godt med annen forskning. Blant annet trekkes det av Adams m.fl. (1997) frem at språkvansker kan ha betydning i forhold til sosial kontakt og i sosiale relasjoner med andre, og at vansker kan gi konsekvenser for allmenne trivsel,

utvikling og psykiske helse. Når det gjelder hyppighet finner man at 50- 75 % av barn med språkvansker, har følelsesmessige eller atferdsmessige problemer. Motsatt er det funnet at 62- 95 % av barn i behandling for psykiske vansker, har moderate til alvorlige vansker i forhold til språk. Vanskene kan gå på generell umodenhet, uoppmerksomhet, hyperaktivitet, impulsivitet, frustrasjon, aggresjon, atferdsproblemer, sosial tilbaketrekning, depresjon, angst og lav selvtillit (Gallagher, 1999). Dette er områder som samsvarer godt med områdene det fokuseres på i PIC, og som også er sentrale i min undersøkelse. Jeg vil videre i undersøkelse komme inn på hvilke av disse områdene som er vanskelige hos barna i mitt utvalg. Beichtman (1996) trekker frem at skoleproblemer og vansker med å få og opprettholde vennskap, kan starte negative sirkler av hendelser som igjen kan øke risikoen for psykiske vansker. Både vennskap og skoleproblemer undersøkes nærmere i forhold til mitt utvalg, og er sentrale områder for denne oppgaven.

Blant de 36 barna som har vansker med psykisk helse, har 61 % milde, 25 % moderate og 14 % av barna alvorlige vansker. De fleste barna har vansker av mild art. Selv om slike problemer kan virke negativt og belastende for alle disse 36 barna, er nok situasjonen mest alvorlig og belastende for de 14 barna som har moderate eller alvorlige vansker. utvikling. Dette er et forholdsvis stort antall, med tanke på livskvalitet for disse og eventuelle følger for på andre utviklingsområder.

Sett i forhold til hele utvalget, fordeler resultatet seg slik det fremgår av tabellen under.

**Tabell 3 Fordeling av resultater på psykologisk tilpasning hos barna i hele utvalget**

Psykologisk tilpasning	Antall barn	%
Normalt	27	43
Mildt problem	22	35
Moderat problem	9	14
Alvorlig problem	5	8
Totalt	63	100

Ved å se nærmere på resultatene til barna, kommer det i tillegg frem en annen interessant gruppe. Av barna i det totale utvalget har nemlig 18 %, og dermed 11 barn, skårer mellom 55 T og 60 T. Deres resultater betyr at de ligger helt opp mot grensen for problemer med psykisk helse. Noen av disse 11 kan dermed muligens være i ferd med å utvikle slike vansker.

### **6.2.1 Konklusjon**

Mitt første forskningsspørsmål var om barn med spesifikke språkvansker oftere enn andre barn, har problemer med psykisk helse. Dette antok jeg på forhånd de hadde. Ifølge PIC` skala for Psykologisk tilpasning viste det seg at min antagelse stemte. 57 % av barna i det totale utvalget hadde problemer i forhold til psykisk helse. I utvalget mitt forekommer det dermed betydelig oftere vansker, siden en hos barn mellom 6-16 år i en normalbefolkning, skal kunne forvente problemer med psykisk helse hos 13 %. Ved å se nærmere på gruppen barn som har problemer med psykisk helse, viser det seg at vanskene hos 61 % er milde-, hos 25 % er moderate- og hos 14 % av barna er alvorlige. Jeg finner i tillegg en gruppe barn bestående av 11 barn, med skårer tett opp mot grensen for problemer i forhold til psykisk helse.

## **6.3 Hva slags problemer har barna med psykisk helse?**

Gjennom skalaen for Psykologisk tilpasning kom det frem problemer med psykisk helse hos 57 % av barna, men hva slags problemer er dette? Resultatene til barna i utvalget som helhet på de fire faktorskalaene, kan belyse hovedområder barna kan ha problemer i forhold til. Dette er skalaer som gir en grov oversikt over hva barna strever med. En korrelasjonsanalyse kan videre vise hva problemene kan ha sammenheng med. De 12 kliniske skalaer representerer ulike spesifikke områder i forhold til psykisk helse. Skårene på disse gir mer spesifikk informasjon, om hvilke problemer barna har med psykisk helse. De områder gruppen som helhet har mest problemer med presenteres først, fulgt av områder med lite problemer, og til sist nevnes de områder gruppen som helhet ikke har problemer med.

### 6.3.1 Hovedproblemer innen psykisk helse

For å finne hovedproblemer brukes som nevnt de 4 faktorskalaer. På faktorskalaene regnes skårer  $>70$  som problem og skårer  $<70$  som normalt. Resultatene fremgår av tabellen under:

**Tabell 4 Utvalgets skårer på faktorskalaene**

Faktor skalaer	Normalt		Milde problemer		Moderate problemer		Alvorlige problemer		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Udisiplinert/Manglende Selvkontroll	58	92	2	3	1	2	2	3	63	100
Sosial Inkompetanse	48	76	10	16	4	6	1	2	63	100
Internalisering/Somatiske symptomer	54	86	3	5	4	6	2	3	63	100
Kognitiv Utvikling	19	30	18	29	13	21	13	21	63	100

Skårene på faktorskalaene viser at omtrent 70 % barna har problemer med *Kognitiv utvikling*. Dermed kan dette betraktes som et trekk som kjennetegner barna med språkvansker i utvalget mitt. Gjennomsnittsskåren til gruppen som helhet på den kognitive skalaen er 77, 37 T, noe som viser at problemene er forholdsvis store. Standardavviket er 15, 17 viser stor spredning i resultater blant barna. Spredningen var størst på denne skalaen og som det fremgår av tabell 4, fordeler disse seg jevnt i forhold til normalt, milde-, moderate og alvorlige problemer. Ikke overraskende fant jeg sammenheng mellom kognitiv utvikling og de tre skalaene som inngår i ”den kognitive triade”. Kognitiv utvikling korrelerte på 0, 01% nivå med de kliniske skalaene Utvikling ( $r = .86$ ), Intellektuell Screening ( $r = .70$ ) og Achievement ( $r = .61$ ). Også andre undersøkelser har trukket frem kognitiv utvikling, som felt som kan være vanskelig for disse. Dette er da betegnet som læring, og fremheves sammen med oppmerksomhetsvansker og problemer sosialt og emosjonelt i forhold til utfordringer disse barna kan møte (Rutter m.fl., 1992, Adams, m.fl. 1997, Bishop, 1997).

Problemer sosialt undersøkes i denne undersøkelsen blant annet gjennom faktorskalaen *Sosial Inkompetanse*. En betydelig andel, nesten  $\frac{1}{4}$  av utvalget, var

sosialt inkompetente ifølge denne skalaen. Skårene på denne skalaen tyder på at de fleste, 16 % av hele utvalget, har milde problemer, men noen har som det fremgår av tabellen skårer som skal tilsvare moderate eller alvorlige vansker. Disse problemene kan gå på tristhet, skyhet, manglende lederegenskaper, avvisning fra jevnaldrende og mangel på venner, sosial isolasjon, problemer med tilpasning. *Sosial inkompetanse* korrelerer på 0, 01% nivå med de kliniske skalaene Sosiale Ferdigheter ( $r = .81$ ), Depresjon ( $r = .81$ ), Tilbaketrekking ( $r = .72$ ), Angst ( $r = .64$ ) eller Psykose ( $r = .70$ ), noe som viser at dette er sentrale områder når barna strever sosialt. Disse resultatene stemmer godt med forskning, som viser at et barns språkvansker kan føre med seg negative konsekvenser også på andre områder enn språklig fungering. I forhold til sosial kommunikasjon, har mange undersøkelser vist at dette kan by på utfordringer for disse barna (Gertner m. fl., 1994; Rice, 1993; Hazel & Hazen, 1990; Craig & Washington, 1993).

I motsetning til *Kognitiv utvikling* og *Sosial Inkompetanse*, har barna i utvalget lite problemer relatert til de to resterende faktorskalaene. Skårene på *Internalisering/ Somatiske symptomer* tyder på at bare 14 % av barna i utvalget har problemer relatert til angst, depresjon og somatisering. 5 % av det totale utvalget har skårer som tilsvarer milde problemer, 6 % moderate-, og 3 % alvorlige med dette. En korrelasjonsanalyse viste sammenheng på 0, 01 % nivå med de kliniske skalaene Depresjon ( $r = .73$ ), Angst ( $r = .80$ ), Somatisering ( $r = .59$ ) og Psykose ( $r = .56$ ). Hos barn der det forekommer somatiske symptomer, kan det dermed ha en sammenheng med et av de nevnte områder. Barna i utvalget hadde heller ikke skårer som tyder på at de er udisiplinerte og har dårlig selvkontroll. Bare 8 % hadde slike problemer, noe som viser at områder som impulsivitet, begrenset samvittighetsutvikling, problematisk temperament, dårlig oppførsel på skolen ikke er typisk for barna i utvalget. Siden dette tilsvarer kun 5 barn med problemer, går jeg ikke inn på en eventuell korrelasjon her.

### 6.3.2 Spesifikke problemområder i forhold til psykisk helse

De tolv kliniske skalaer i PIC kan gi mer detaljert viten, om hvilke problemområder som eventuelt er framtreddende hos barna i utvalget, og hvor alvorlige vanskene er. Like viktig er imidlertid at de viser hvilke områder barna i utvalget mestrer godt. Achievement skala, Intellektuell screening skala og Utviklingsskala er som nevnt skalaer relatert til barnets kognitive status, mens de resterende ni skalaer gir et detaljert bilde av barnets psykiske helse. Forskning har vist at områder som generell umodenhet, uoppmerksomhet, hyperaktivitet, impulsivitet, frustrasjon, aggresjon, atferdsproblemer, sosial tilbaketrekning, depresjon og angst og lav selvtillit er sentrale når det gjelder psykisk helse hos barn med språkvansker (Gallagher, 1999). Dette samsvarer godt med PIC` kliniske skalaer, og hva jeg videre vil undersøke hos barna i dette utvalget.

På enkelte skalaer regnes T- skårer under 60 som normalt, mens det på andre er 70 som er grensen for normal skåre. Om og hvilke problemer barna i utvalget hadde innen områdene de kliniske skalaer representerer, fremkommer av tabell 4. Grad av problemer kommer også frem her.

**Tabell 5 Utvalgets skårer på de kliniske skalaer**

Kliniske Skalaer	Normalt		Milde problemer		Moderate problemer		Alvorlige problemer		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Achievement	13	21	15	24	31	49	4	6	63	100
Intellektuell screening	13	21	11	8	17	27	22	35	63	100
Utviklingsskala	18	29	22	35	16	25	7	11	63	100
Somatisering	60	95	2	3	1	2	0	0	63	100
Depresjon	46	73	11	18	5	8	1	2	63	100
Familierelasjoner	51	81	9	14	2	3	1	2	63	100
Delinquency	60	95	2	3	1	2	0	0	63	100
Tilbaketrekking	35	56	17	27	7	11	4	6	63	100
Angst	47	75	11	18	4	6	1	2	63	100
Psykose	56	89	5	8	1	2	1	2	63	100
Hyperaktivitet	57	91	3	5	2	3	1	2	63	100
Sosiale ferdigheter	53	84	8	13	2	3	0	0	63	100

Som tabellen viser har barna mye problemer ut fra alle de tre skalaene som viser kognitiv utvikling. Tilbaketrekking, depresjon, angst og sosiale ferdigheter er og eksempler på områder som er vanskelig for en del barn. Tabellen viser imidlertid også at få av barna strever med hyperaktivitet, somatisering eller psykose.

***Psykiske helseområder, som barna i utvalget har store problemer med:***

Skårene til barna i utvalget tyder på at de har betydelige problemer i forhold til de tre skalaene som betegnes som "den kognitive triade". Resultatet her samsvarer godt med resultatet på faktorskala for Kognitiv utvikling, som viste at dette var det hovedområdet der barna i utvalget hadde størst grad av vansker. Mer detaljert kommer det frem at 79 % av det totale utvalget har problemer både med *Achievement* eller *Ferdigheter* og *Intellektuell screening*. Skåren på *Achievement* skalaen viser at svært mange har vansker med aldersadekvate akademiske ferdigheter, uavhengig av intellektuell kapasitet. Skalaen måler primært kognitive evner, men sier også noe om psykologisk tilpasning, som impulsivitet, begrenset konsentrasjon, vansker omkring forhold til kamerater og mangel på forhold til atferdsmessig tilpasning og eventuelt redusert selvbilde. Gjennomsnittsskåren for gruppen som helhet er 68, 84 T, noe som skulle tilsvare milde problemer. Gjennomsnittsskåren skjuler at 21 %, ca 1/5 av barna, har skårer som tilsvarer normal fungering, og 24 % har milde problemer. Det er imidlertid verdt å merke seg at omkring halvparten av barna har moderate vansker på dette området. I tillegg har 4 alvorlige vansker. Mange av barna har også skårer på *Intellektuell screening* som viser stor grad av vansker. På dette området har 79 % av barna i utvalget problemer. Problemene hos disse, går på redusert intellektuell fungering eller en spesifikk kognitiv dysfunksjon. Skalaen er relatert til ulike ferdigheter, redusert koordinasjon, kognitiv svikt og generell forsinket utvikling. I tillegg kan problemer være relatert til utvikling av sosiale ferdigheter (Troland, 1988). Gjennomsnittet for utvalget som helhet er 83, 65 T, noe som tilsvarer moderate problemer. At mange har store vansker i forhold til *Intellektuell screening*, vises også ved at det er hele 35 barn som skårer i kategorien alvorlige problemer.

Dette er flere enn i noen annen kategori, og noe som tilsvarer mer enn halvparten av barna i det totale utvalget. Bare 13 barn har normale skårer og dermed ikke problemer på dette området. Standardavvik på 18, 73, viser også denne spredningen i resultater på skalaen.

Siste skala i ”den kognitive triade” er *Utviklingsskala*. 71 % av barna har skårer som indikerer problemer, noe som ikke er overraskende med tanke på skårene på de andre kognitive skalaer og også tidligere resultater på hovedområder barna har vansker i forhold til. Som tidligere vist var nettopp *Kognitiv utvikling* det hovedområdet hvor gruppen som helhet, hadde størst vansker i forhold til. Lave skårer på *Utviklingsskalaen*, tilsier svikt i forhold til spesifikke kognitive, språklige og perseptuelle - motoriske ferdigheter. Barna kan blant annet ha vansker med skoleferdigheter, begrensede pragmatiske ferdigheter eller en sviktende motorisk koordinering. Skårene til utvalget som helhet tilsvarer milde problemer, da gjennomsnittet på 66, 03 T. 11 barn har så lave skårer på *Utvikling*, at det kan tyde på at de har alvorlige problemer.

Fordi PIC ikke er normert til norske forhold, ble det rettet innvendinger mot ”den kognitive triade”. Dette fordi enkelte av testleddene som inngår i denne synes å være noe ”amerikanisert”. Når over 70 % av utvalget mitt av barn med spesifikke språkvansker har høyere skårer enn det som regnes som normalt, er likevel dette enn så stor prosent at jeg mener tendensen er ganske klar, uansett om en ”amerikanisering” kan ha påvirket resultatet noe.

De høye utslagene på skalaer relatert til kognitiv utvikling synliggjør at barna i utvalget har store utfordringer rent kognitivt, og sannsynligvis omfattende problemer i forhold til skolefaglig mestring. Ved å se på testledd 64, viser det seg at 87 % av barna i utvalget får spesialundervisning på skolen. Heyerdahl (2000) snakker om ”svikt i læreevnen”, og mener med dette barn som har ulike problemer når det gjelder læring. Barna i utvalget kan ut fra resultatene på de tre skalaer for kognitiv fungering, betegnes som barn med ”svikt i læreevnen”. Barna med spesifikke språkvansker kan ha problemer på mange områder, og selv om vanskene kan variere i grad og forandre



karakter med alder, har forskning vist at de ikke forsvinner lett (Leonard, 1998). Utallige undersøkelser har også vist at sannsynligheten for å utvikle lese- og skrivevansker er stor (Bishop og Adams, 1990; Ottem, 1994; Catts, 1991; Løge, 1999; Scarborough, 1991; Stothard m.fl., 1998; Aram m.fl., 1984). Slike vansker med lesing og skriving vil for mange også virke inn på andre fagområder på skolen, da dette er ferdigheter som i dag er sentrale for svært mye læring i skolen, som for eksempel lesestykker i matematikk. Heyerdahl mener videre at barn med ”svikt i læreevnen” vil ha betydelig risiko for utvikling av en rekke barne- og ungdomspsykiatriske tilstander på grunn av sitt problem i forhold til læring. Barn med språkvansker trekkes spesielt frem, som en gruppe barn som er i risikozonen, for å få problemer med psykisk helse. Når hele 70 % av barna i utvalget har slike vansker med læring, er det sannsynlig at også disse kan være i en slik risikosone. Som ellers når det gjelder psykisk helse, fører imidlertid ikke kognitive vansker direkte til problemer med psykisk helse, men er en av flere faktorer som samlet kan gi større risiko for at barnet får slike vansker (Sameroff, 2000; Appleyard et.al., 2005; Cook et.al., 2002).

For noen kan nok kognitive vansker og vanskeligheter med å klare skolearbeidet, også innvirke på selvoppfatningen. Dette fordi barna tilbringer så mye tid på skolen, og lett kan sammenligne sine prestasjoner med andre barns mestring her. For et barn som stadig føler at det mislykkes, kan veien være kort til å tenke at ”jeg er ikke like flink som de andre”.

### ***Psykiske helseområder, som barna i utvalget har problemer med:***

44 % av barna i utvalget har problemer med tilbaketrekking. Disse barna trekker seg tilbake fra sosial kontakt, noen har liten grad av glede i sosial interaksjon eller er sosialt isolert. Barna som har slike problemer kan ha ubehag i sosiale situasjoner, og enkelte viser også manglende emosjonell tilknytning. Barna med slike problemer, har gjerne en tendens til å velge isolerte aktiviteter og har liten grad av venner. Dette er noe jeg også undersøker nærmere, når jeg går inn på vennskap i mitt siste

forskningsspørsmål. Enkelte av barna kan ifølge denne skalaen ha mistillit til andre. Av barna i utvalget er det 28 % som har milde problemer med tilbaketrekking. I tillegg strever 11 av barna mer med dette, noe som fremgår av at 7 barn har moderate, og 4 barn alvorlige vansker. Skårene for barna viser at bare 55 % av barna mestrer på dette feltet. Flere undersøkelser bekrefter at tilbaketrekking kan være vanskelig for denne gruppen barn, og at de risikerer negative følger i forhold til sosialt samspill (Rice, 1995; Rutter m.fl.; Gallagher, 1992; Asher og Gazelle, 1999; Adams m.fl., 1997; Bishop, 1997), og de er i mange tilfeller mindre deltagende i forhold til det sosiale samspillet (Asher og Gazelle, 1999). Dette kan også få følger for vennskap og for selvoppfatning, om de mister muligheter for å inngå i nære relasjoner. Noen av barna kan selv ønske å trekke seg tilbake fra sosialt samspill, fordi dette oppleves vanskelig. Når et barn har liten grad av mestringsopplevelser med sosiale relasjoner, kan det oppstå negative sirkler. Noen vil unngå sosiale situasjoner, noe som igjen kan føre til at barnet mister god sosial trening. I tillegg mister barnet muligheter for språklig trening som igjen kunne bidratt til positiv utvikling og mestrings opplevelser.

Et annet område som undersøkes er depresjon. *Depresjonsskalaen* reflekterer barns depressive reaksjoner, uten å nødvendigvis indikere at barnet oppfyller diagnostiske kriterier for depresjon. Skårene for utvalget tilsier at dette ikke er et problem for de fleste av barna. At 73 % har skårer innenfor normalområdet, er imidlertid positivt og sier noe om positiv mestring og beskyttelse hos disse. Det kunne i den forbindelse vært spennende å undersøke hva det er som virker forebyggende hos barna i utvalget. En stor del av disse vet vi at har problemer både kognitivt og med tilbaketrekking, da andelen med problemer på disse områdene er større. En stor del av barna har dermed ikke depressive reaksjoner på tross av slike problemer. I utvalget har imidlertid 27 % av barna resultater som tilsier at de har depressive reaksjoner. Ved å se på alvorlighetsgrad på vanskene hos disse, viser det seg at 11 barn har milde problemer, 5 barn har moderate og 1 barn har alvorlige problemer. Det er vanskelig å si noe bestemt om hvorfor dette gjelder nesten 30 % av barna i utvalget. Et barn som har vansker med språk, kan imidlertid ha en del utfordringer som følge av språkvanskene.

Også regulering av atferd og bearbeiding av følelser kan være av betydning når det gjelder depressive reaksjoner hos disse barna. Både forståelse, avkoding, organisering og også evne til å gjenopprette gode regler og metoder for selvkontroll og emosjonell regulering, er avhengig av gode språklige ferdigheter (Gallagher, 1999). Å snakke om følelser og opplevelser og løse konflikter er avhengig av godt språk, og kan derfor by på problemer for noen barn med språkvansker. Undersøkelser viser at barn med språkvansker både kan møte utfordringer med å uttrykke tanker og følelser (Gallagher, 1999), og også med å identifisere disse hos seg selv og andre (Cook m.fl., 1994). Dette kan spille inn for noen barn, når det gjelder depressive reaksjoner. Et utgangspunkt for å uttrykke tanker og følelser, er blant annet at barna har arenaer der de føler seg trygge og har nære relasjoner.

Resultatene i denne undersøkelsen, viste at nesten halvparten av barna i utvalget også har problemer med tilbaketrekking. Om et barn trekker seg tilbake fra sosial kontakt, kan dette føre til at barnet mister positive muligheter for nære relasjoner og samspill med andre. For noen kan dette virke negativt inn på muligheter til å formidle tunge tanker og bekymringer til andre, da dette er noe mange helst formidler til noen en kjenner godt. Kanskje kan dermed tilbaketrekking hos barna også være en medvirkende årsak, til barna ikke får hjelp depressive reaksjoner utvikles. Samtidig kan en motsatt tenke seg at depressive reaksjoner, som forekommer hos 27 % av barna i utvalget, også kan føre til økt grad av tilbaketrekking. Dette fordi et barn med depressive reaksjoner gjerne kan ha lite energi og overskudd til å inngå i sosiale situasjoner. En korrelasjonsanalyse mellom skala for *Tilbaketrekking* og skala for *Depresjon* bekrefter dette. *Depresjon* korrelerer på 0, 01% nivå med *Tilbaketrekning* ( $r = .72$ ). Noen barn med depressive reaksjoner kan nok også ha problemer med selvoppfatning og vennskap. Dette, uten å vite om det er depressive tendenser som bidrar til problemer med selvoppfatning, eller motsatt. Ofte er nok bilde sammensatt, og flere faktorer sammen gir følger for eksempel får selvoppfatningen. Depressive reaksjoner kan nok i alle fall "tappe barnet for krefter", som kunne vært benyttet i lek og samspill med andre.

Skårene til barna i utvalget viste at  $\frac{1}{4}$  har problemer ut fra *Angstskalaen*. Det kan derfor tyde på disse barna har utslag av angst eller begrenset frustrasjonstoleranse. Skårene viser også eventuell overdreven bekymring eller bekymring generelt hos barna. Denne slår i tillegg ut om et barn ut fra testleddene viser irrasjonell angst, frykt og mareritt samt atferdsmessige og fysiologiske angstkorrelater. 18 %, og dermed de fleste barn som strever med dette, har imidlertid milde problemer. I tillegg har 4 barn i utvalget moderate problemer og 1 barn alvorlige problemer relatert til angst. Det er vanskelig å si noe sikkert om årsaker til at noen barn strever med dette. Fordi resultatet på skala for Delinquency viste at barna i utvalget hadde lite problemer med sosialt avvikende atferd, kan man regne med at frustrasjonstoleranse i liten grad er vanskelig for disse barna. Kanskje kan bekymring være en aktuell faktor, og noe som preger barn med problemer relatert til angst.

Av det totale utvalget er det 16 % som har problemer med *Sosiale ferdigheter*, slik det fremgår av denne skalaen. Hos 13 % av barna er disse vanskene milde- og hos 3 % moderate, noe som tilsvarer i alt 10 barn med problemer. Disse kan streve med å oppnå effektive sosiale relasjoner, som evne til å lede og følge i lek og samspill. Barnets deltakelsesnivå i organiserte aktiviteter kommer også frem her. Videre viser skårene om barnet har selvtillit og styrke i sosiale situasjoner og om det har sosial forståelse og takt i mellommenneskelige relasjoner. Resultatet til utvalget som helhet tilsier at selv om 10 barn har vansker med dette, har utvalget som gruppe langt mindre grad av problemer med dette enn med enkelte andre områder. Dette kommer frem ved å sammenligne med at over 70 % av barna i utvalget har problemer med kognitive ferdigheter, 44 % har problemer med tilbaketrekking, og 27 % har problemer med depresjon. At en del av barna i utvalget som helhet har vansker med samspills situasjoner, kom imidlertid frem gjennom at  $\frac{1}{4}$  har problemer ut fra faktorskalaen *Sosial inkompetanse*. Kanskje er det ikke nødvendigvis bare konkrete sosiale ferdigheter som er det barna strever med, men heller en mer spesifikk språklig komponent? Flere undersøkelser har vist sammenheng mellom barns lingvistiske kompetanse og interaksjon med jevnaldrende (Asher m.fl., 1999; Gertner m.fl., 1994; Fujiki m.fl., 1996; Brinton m.fl., 1999; Fujiki m.fl., 1999). Også en mer overgripende

komponent, som problemer med informasjonsbearbeidelse har vært trukket fram som mulig årsak (Ottem, 2004). Dette er områder jeg ikke ut fra min undersøkelse kan trekke slutninger i forhold til.

Når det gjelder *Familierelasjons skala* har 19 % av barna i utvalget vansker. Jeg velger likevel å ikke gå nærmere inn på dette området, så lenge andelen med problemer ikke er enda større. Dette fordi skalaen som nevnt skal være dårlig tilpasset norsk forhold.

### ***Områder relatert til psykisk helse, som barna mestrer***

Jeg finner også en del områder relatert til psykisk helse, som barna i utvalget viser god mestring i forhold til. Dette er positivt og sier noe om ressurser hos disse barna. Uten å generalisere til alle barn med spesifikke språkvansker, kan en dra slutningen at dette ikke er områder barna i dette utvalget strever med.

Nesten ingen barn i utvalget har problemer med somatisering. Kun 3 barn har skårer som skulle tilsi problemer, og av disse er problemene hos 2 av barna milde og hos 1 moderate. *Somatiserings skalaen* er konstruert for å måle helserelaterte variabler, frekvens og alvorlighetsgrad av somatisk plage. Dette kan være spise- eller søvnmonster, sykdom, energi og styrke, stressreaksjoner, hodepine eller mageplager. Skalaen kan si noe om en nevrotisk reaksjonstendens på stressede situasjoner. Dette er ikke trekk som kjennetegner det totale utvalget. Like få barn har problemer ut fra *Delinquency skalaen*. Denne er et diagnostisk instrument for å kartlegge sosialt avvikende, eventuell kriminell atferd. Bare 5 barn har problemer med hyperaktivitet, utfra skalaen er konstruert for å identifisere barn som assosieres med diagnosen hyperkinestetisk forstyrrelse eller ADHD. Videre har 11% av barna i det totale utvalget problemer relatert til *Psykoseskalaen*. Det er ganske stor spredning av resultater på denne skalaen. 11 %, og dermed 7 barn har, problemer på dette området. Hos de fleste av disse barna, er vanskene relatert til *Psykose skalaen*, milde. Muligens

kan her områder som begrenset utvikling av pragmatiske ferdigheter som spiller inn. Dette er noe jeg ikke har informasjon om.

### **6.3.3 Konklusjon**

Mitt andre forskningsspørsmål var hva slags problemer barna har med psykisk helse? Det viste seg at dette først og fremst var kognitive områder, tilbaketrekking, depresjon og sosiale områder. Mer detaljert viste resultatene på faktorskalaene at 70 % av barna har problemer med kognitiv utvikling. Videre viser ca 24 % av barna tegn på sosial inkompetanse. Barna i utvalget har ikke stor grad av somatiske symptomer, og heller ikke dårlig selvkontroll.

Resultatene på de kliniske skalaer viste mer spesifikt hva vanskene besto i. Det kom her frem at 70- 80 % av det totale utvalget hadde kognitive vansker utfra de 3 kognitive skalaene, noe som ikke samsvarer med resultatet på faktorskalaen ”kognitiv utvikling”. Det kan derfor tyde på at mange av disse barna har skolefaglige problemer. Dette kommer også frem ved at 87 % av foreldrene svarer at deres barn får spesialundervisning på skolen. Tilbaketrekking er også noe 44 % av utvalget strever med, og dette var dermed et betydelig problemområde for barna. 73 % av barna hadde ikke depressive reaksjoner, mens 27 % hadde slike. I tillegg viste det seg at Angst var et vanskeområde for 18 % av barna i utvalget. Det samme var sosiale ferdigheter for 16 %. De resterende områdene hadde barna i utvalget ikke problemer i forhold til.

## **6.4. Varierer den psykiske helsen med alder og kjønn?**

For å få svar på mitt forskningsspørsmål, om den psykiske helsen varierer med alder og kjønn, bruker jeg flere ulike skalaer. Først benyttes skala for Psykologisk Tilpasning for å se om grad av vansker med psykisk helse variere med kjønn. Deretter ser jeg på de 4 faktorskalaene, og de 12 kliniske skalaene, i forhold til alder og kjønn, for å finne eventuelle ulikheter i hva vanskene består i.

### 6.4.1 Psykisk helse og alder

Min antagelse på dette område er at de eldste barna i større grad enn de yngste vil ha problemer med psykologisk tilpasning, og dermed at vanskene ville øke med økende alder. Når barn har levd med utfordringer i lengre tid, vil jeg anta at eventuelle problemer med vennskap og sosialt samspill i stadig større grad vil påvirke selvbilde, og dermed indirekte også barnas psykiske helse. Mitt utgangspunkt var at problemene vil være mindre hos de yngste (5-9 år), noe mer hos barn på skolens mellomtrinn (10-12 år) og størst hos barna på ungdomstrinnet (13- 15 år).

#### *Psykisk helse, og variasjon med alder*

Dette undersøkes først gjennom skala for Psykologisk Tilpasning, for å se hovedtendenser i eventuelle forskjeller.

**Tabell 6 Varierer den psykiske helsen med alder**

Gjennomsnitt og standard -avvik i forhold til alder	Småskole trinn 5-9 åringer	Mellom trinn 10-12 åringer	Ungdoms trinn 13-15 åringer	Alle
N	28	21	12	63
Gjennomsnitt	60,10 T	63,95 T	61,25 T	61,60 T
Standardavvik	14,51	9,89	9,56	12,22

Skårene på denne skalaen viser at det er barn mellom 10- 12 år som har størst grad av problemer i utvalget mitt. Disse har, som det fremgår av tabell 6, høyest samlet gjennomsnitt med 63, 95 T. Deretter kommer barn i alder 13- 15 år med et samlet gjennomsnitt på 61, 25 T. Gruppen med minst grad av problemer er de aller yngste. Disse har et samlet gjennomsnitt på 60, 10 T, men har også størst grad av spredning i svarene. Til sammenligning fant jeg tidligere i undersøkelsen at gjennomsnittet for det totale utvalget som helhet på denne skalaen, er 61, 6 T, med standardavvik på 12,

22. I forhold til det totale utvalget har dermed barna mellom 10- 12 år oftere vansker. Siden grensen for problemer er skårer >60 er imidlertid det samlede gjennomsnittet høyt, for barn i alle de tre aldersinndelinger. Gjennomsnittet i de 3 gruppene totalt, viser imidlertid at som gruppe, er alle over grensen for problemer med psykisk helse.

**Tabell 7 Fordeling av resultater ut fra psykisk helse og alder, i normalt eller problemer**

Psykologisk Tilpasning og alder	Småskole trinn 5-9 åringer		Mellom trinn 10-12 åringer		Ungdoms trinn 13-15 åringer		Alle	
	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Normalt</b>	50	15	29	6	50	6	43	27
<b>Milde-, moderate-, el. Alvorlige problemer</b>	50	15	71	15	50	6	57	36
<b>Total</b>	100	30	100	21	100	12	100	63

Blant de yngste og de eldste har halvparten ikke problemer og den andre halvparten problemer. På skolens mellomtrinn er det bare 29 % som ut fra skalaen ikke har problemer med psykisk helse. Her har hele 71 % av barna, resultater over 60T og dermed behov for psykologisk utredning. Jeg hadde i forhold til dette forskningsspørsmålet en forventning om at vanskene var minst blant de yngste, noe større hos mellomgruppen og størst blant de eldste barna. Det stemte at de yngste hadde minst grad av vansker, men det var barna fra skolens mellomtrinn som i størst grad hadde vansker, og ikke barna fra skolens ungdomstrinn. At problemene er størst hos barn på mellomtrinnet, stemmer dermed ikke med min forventning, om at grad av vansker ville øke med økt alder. Det må imidlertid her bemerkes, at antallet barn i gruppene varierer ved en tredeling, og er minst på ungdomstrinnet. Resultatet kan derfor være sårbart, og tilfeldigheter i utvalget kan ha påvirket dette. Statistiske analyser viser også at en sammenheng mellom alder og psykisk helse, ikke er signifikant. Jeg finner det likevel interessant at denne gruppen har ekstra høye resultater og dermed størst grad av vansker.

Uansett er forskjellene hos barna i utvalget små, når det gjelder variasjon med alder, noe som imidlertid er et interessant funn i seg selv. Jeg har ikke informasjon om grad av språklige vansker hos barna i utvalget. En kan likevel tenke seg at når de eldste



barna like ofte har vansker med psykisk helse som de yngste, bekreftes forskning som sier at språkvanskene gjerne forandrer seg over tid, men ikke forsvinner lett. Det indikeres i oppfølgingsundersøkelser, at omkring 40- 60 % av barn med språkvansker i førskolealder, forsetter å ha vansker også i skolealder, og at flesteparten av disse får problemer med både lesing og skriving. Noen får også vedvarende vansker med språklig kommunikasjon (Løge, 1999). En tanke er, at om språkvanskene oftest avtok kraftig med økt alder for dermed å forsvinne helt, ville også andel problemer med psykisk helse nærme seg andel problemer i en normalbefolkning, ved økt alder. Dette er noe som ikke er tilfelle ut fra resultatene i denne undersøkelsen.

### *Hovedproblemområder, og variasjon med alder*

Jeg ønsket videre å se om utvalgets skårer varierer med alder på hovedproblemområder med psykisk helse, slik det fremkommer av de 4 faktorskalaene. Resultatet vises i tabell 8.

**Tabell 8 Resultater fra faktorskalaene på Småskole-, Mellom- og Ungdomsskoletrinnet**

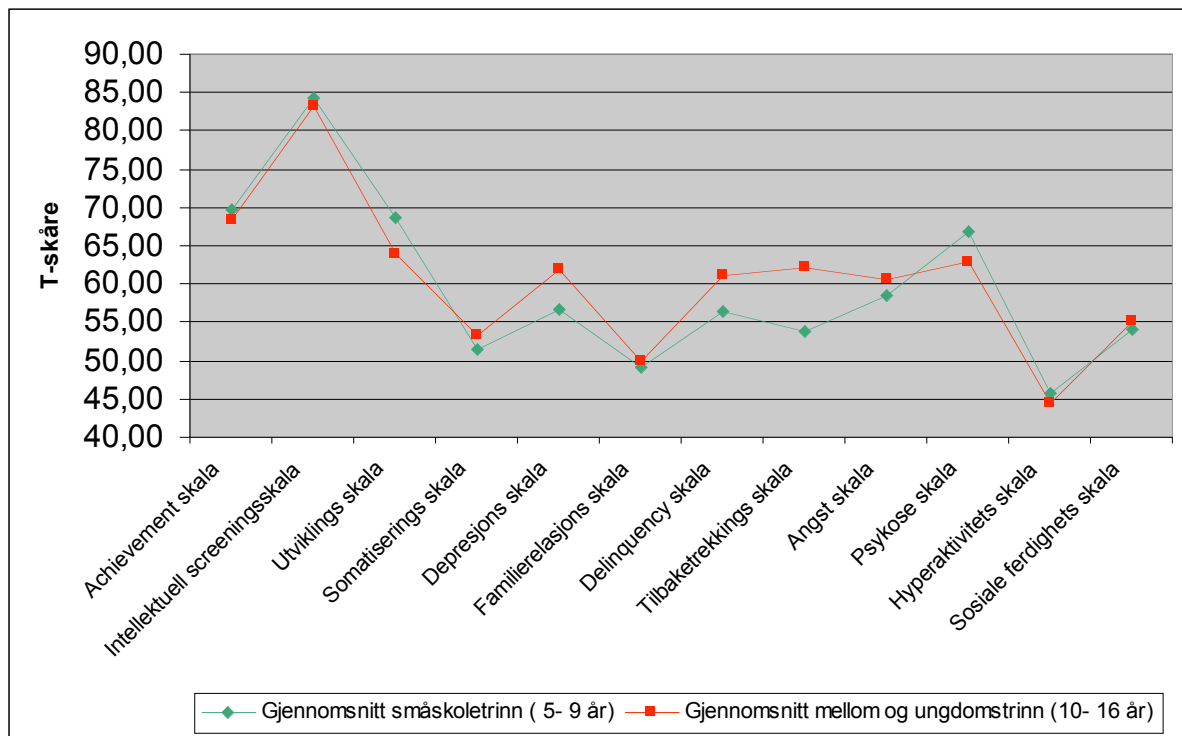
Småskole-trinnet	Udisiplinert/ manglende selvkontroll	Sosial inkompetanse	Internalisering/ somatiske symptomer	Kognitiv utvikling
N	30	30	30	30
Gjennomsnitt	53,50 T	59,47 T	57,20 T	79,53 T
Standardavvik	12,41	11,90	14,45	15,32
Mellom- trinnet	Udisiplinert/ manglende selvkontroll	Sosial inkompetanse	Internalisering/ somatiske symptomer	Kognitiv utvikling
N	21	21	21	21
Gjennomsnitt	51,19 T	62,33 T	58,00 T	76,10 T
Standardavvik	13,00	14,52	13,87	16,61
Ungdoms- Trinnet	Udisiplinert/ manglende selvkontroll	Sosial inkompetanse	Internalisering/ somatiske symptomer	Kognitiv utvikling
N	12	12	12	12
Gjennomsnitt	50,08 T	57,67 T	56,25 T	74,17 T
Standardavvik	12,00	10,65	15,15	12,21

Det er i tabellen forskjeller i skårer, først og fremst mellom de 4 faktorskalene. I alle aldersgrupper har barna mest problemer med kognitiv utvikling, fulgt av sosial inkompetanse. Det er ikke overraskende fordi dette også var resultatet på forskningsspørsmål om hva slags problemer barna generelt i utvalget har med psykisk helse. Spesielt når det gjelder kognitiv utvikling, er gjennomsnittet i alle aldersgrupper høyt, med 79, 53 T som høyeste verdi hos de yngste barna i utvalget. Stor spredning, spesielt på to av de kognitive skalaene, viser at det er store ulikheter i fordeling av svar, hos utvalget som helhet. Også i forhold til sosial inkompetanse er det stor spredning, spesielt i skårene til barn på mellomtrinnet.

Det viser seg at barna mellom 5 og 9 år har mest problemer med kognitiv utvikling, og med å være udisiplinerte og ha manglende selvkontroll. Deretter kommer barn i alder 10 til 12 år. De eldste mellom 13 og 15 år hadde minst grad av problemer på disse områdene. Når det gjelder å være sosialt inkompetent og ha somatiske symptomer har barna fra 10 til 12 år som gruppe størst grad av vansker og deretter barn fra 5 til 9 år. Barna fra 13 til 15 år hadde minst grad av vansker med dette. Totalt sett er imidlertid forskjellene svært små. Svaret på om resultatene på hovedproblemområder omkring psykisk helse, varierer med alder, er dermed at det gjør de i liten grad. Dette stemmer også med forventninger jeg hadde på forhånd.

### ***Spesifikke problemområder, og variasjon med alder***

I forhold til psykisk helse og variasjon med alder, undersøkte jeg også spesifikke problemområder, gjennom de 12 kliniske skalaer. Disse kommer frem i figuren under. Denne viser at det er små forskjeller i resultater mellom de eldste og de yngste barna i utvalget. Fordi de ulike skalaene har ulik grense for når skårene tilsier problem, kan en ikke ut fra figuren, lese hvilke skalaer barna har mest eller minst problemer i forhold til.

**Figur 3: Gjennomsnittsskårer på kliniske skalaer og alder**

Resultatene er ganske like, men som det fremgår av figuren, forekommer det enkelte forskjeller. Dette gjelder først og fremst i forhold til depresjon, delinquency og tilbaketrekking. De yngste barna har som gruppe mindre grad av problemer med tilbaketrekking, men noe større grad av problemer enn de eldre ut fra Psykoseskalaen. Motsatt har barn i alder 10- 15 år større grad av problemer med depresjon, delinquency og tilbaketrekking, men mindre grad av problemer med kognitiv utvikling. I forhold til depresjon viser det seg at de yngste som gruppe har minst vansker, men at dette er et større problem hos eldre barn. Figur 4 viser imidlertid at barnas resultater på tross av enkelte forskjeller i ganske stor grad følger hverandre. Det kommer frem at både de yngste og de eldste barna som gruppe, har lite problemer med hyperaktivitet, psykose, delinquency og somatisering. Disse områdene er altså ikke trekk som opptrer hyppig, uansett aldersgruppe.

Forskjellene i resultater, kan imidlertid være påvirket av forhold jeg ikke i denne undersøkelsen har oversikt over, og jeg finner at disse ikke er signifikante. Noe av

årsaken til dette kan som nevnt være ulikheter i antall barn på hvert alderstrinn i utvalget.

### 6.4.2 Psykisk helse og kjønn

Min antagelse i forhold til kjønn og psykisk helse var at jeg i liten grad ville finne forskjeller mellom gutter og jenter. Også dette undersøkes ved hjelp av skala for Psykologisk Tilpasning, de 4 faktorskalaer og de 12 kliniske skalaer, i forhold til variabelen kjønn.

#### *Psykisk helse, og variasjon med kjønn*

For å undersøke dette så jeg først på skala for Psykologisk Tilpasning for å se om denne viser forskjeller i forhold til kjønn i utvalget mitt.

**Tabell 9 Varierer psykisk helse hos barna i utvalget med kjønn**

Psykologisk tilpasning og kjønn	Gutter	Jenter	Alle
N	48	15	63
Gjennomsnitt	62,42 T	59,00 T	61,60 T
Standard avvik	11,07	15,49	12,22

Slik det fremgår av tabell 9 er det små forskjeller mellom gutter og jenter, når det gjelder hvor stor del som har problemer med psykisk helse. Guttene har som gruppe på dette området et noe høyere gjennomsnitt enn jentene. Dette på tross av at som tabell 10 fremgår at en noe større andel gutter enn jenter ikke har problemer med psykisk helse. Jentene har derimot større spredning i resultater enn det jeg finner blant guttene.

**Tabell 10 Fordeling av resultater ut fra psykisk helse og kjønn**

Psykologisk tilpasning og kjønn	Gutter		Jenter		Alle	
	%	N	%	N	%	N
Normalt	44	21	40	6	43	27
Milde-, moderate-, el. alvorlige problemer	56	27	60	9	57	6
Total	100	48	100	5	100	63

Ved å se på hvordan grad av vansker hos barna, viser det seg at totalt har 38 % av guttene, og 27 % av jentene milde problemer i forhold til psykisk helse, utfra skala for *Psykologisk Tilpasning*. Blant jentene var det imidlertid en større gruppe barn med moderate problemer, enn blant guttene. Både av gutter og jenter, er det barn med alvorlige problemer i forhold til psykisk helse, slik det her fremgår. Dette gjelder 5 gutter og 1 jente. Statistiske analyser viser imidlertid at forskjellene ikke er signifikante.

### ***Hovedproblemområder, og variasjon med kjønn***

På de 4 faktorskalaer kommer det frem enkelte forskjeller, i forhold til om psykisk helse varierer med kjønn. Disse fremgår av tabell 11.

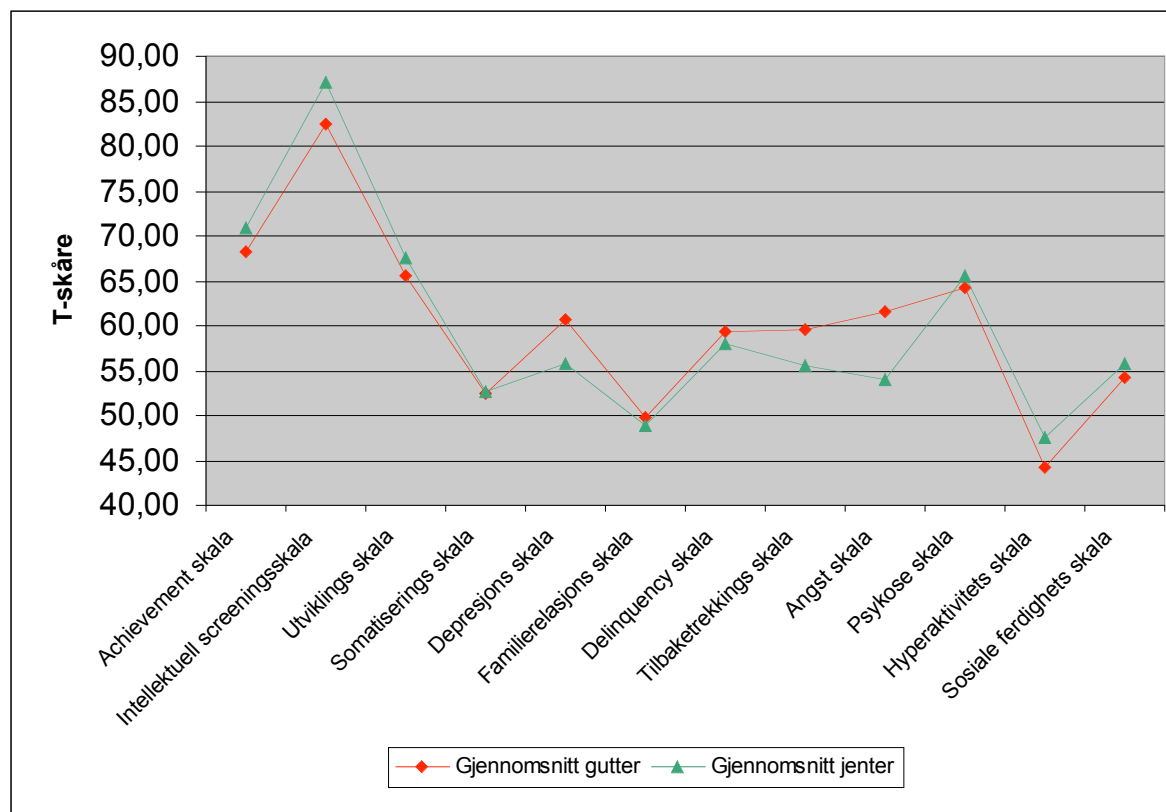
**Tabell 11 Resultater fra faktorskalaene for gutter og jenter**

Gutter	Udisiplinert/ manglende selvkontroll	Sosial inkompetanse	Internalisering/ somatiske symptomer	Kognitiv utvikling
N	48	48	48	48
Gjennomsnitt	51,48	60,27	58,71	75,44
Standardavvik	12,77	12,94	14,72	15,37
Jenter	Udisiplinert/ manglende selvkontroll	Sosial inkompetanse	Internalisering/ somatiske symptomer	Kognitiv utvikling
N	15	15	15	15
Gjennomsnitt	54,00	59,47	52,73	83,53
Standardavvik	11,41	11,59	11,55	13,12

Forskjellene er størst når det gjelder *Kognitiv utvikling*. Jenter totalt har med et gjennomsnitt på 83,53 T større problemer enn guttene, med et gjennomsnitt på 75,44 T. Guttene har litt større standardavvik enn jentene, og dermed noe større spredning av resultater. Når det gjelder *Sosial inkompetanse*, var det svært små forskjeller mellom vansker for gutter og jenter i utvalget. På de 2 siste faktorskalaene har jentene et høyere resultat når det gjelder *Udisiplinert/ Manglende selvkontroll*. Men dette er et område som utvalget generelt har lave T- skårer i forhold til. Jentenes resultater ligger på denne er heller ikke høye, og *Udisiplinert/ Manglende selvkontroll* er dermed heller ikke noe som kjennetegner jentene i utvalget. Noe høyere er resultatene på profilskala for *Internalisering/ Somatiske symptomer*. På dette området ligger guttene i utvalget høyest, med et gjennomsnitt på 58, 71 T. Jentene har et gjennomsnitt på 52, 73 T. Også på dette området har guttene høyere standard avvik, og dermed større grad av spredning i sine resultater.

### ***Spesifikke problemområder, og variasjon med kjønn***

Når det gjelder ulikhet i resultater i forhold til kjønn på de 12 kliniske skalaer, finner jeg enkelte forskjeller. Disse kommer frem i figuren under. Denne viser forskjell i resultater hos gutter og jenter.

**Figur 4 Gjennomsnittsskårer på de 12 kliniske skalaer i forhold til kjønn**

Guttene har først og fremst mer problemer enn jentene med områdene *Depresjon*, *Tilbaketrekking* og *Angst*. Jentene har mest vansker når det gjelder områder relatert til kognitiv utvikling som *Intellektuell screening* og *Achievement/ Ferdigheter*. Jentene i utvalget hadde også noe større grad av problemer i forhold til *Hyperaktivitet* enn guttene. T- skårene på disse områdene ligger imidlertid lavt for både gutter og jenter.

Totalt sett kan det ut fra analyser av de ulike skalaer konkluderes med at det i mitt utvalg er små, og ikke er signifikante forskjeller mellom gutter og jenter når det gjelder psykisk helse. Dette samsvarer med antagelsen jeg hadde på forhånd på dette området. Det må imidlertid bemerkes at også i forhold til kjønn viser resultatene av statistiske analyser at resultatet kan skyldes utvalget, og at forskjellene mellom gutter og jenter ikke er signifikante. Flere faktorer kan ha vært med å påvirke resultatene på dette området. Først og fremst kan forskjellene i antall ha spilt en rolle. Som tidligere nevnt består utvalget av en større andel gutter (n=48) enn jenter (n=15). Andre forhold, som for eksempel grad av språklige vansker hos jentene og guttene, kan som

når det gjelder alder, ha påvirket resultatene. Om det viste seg at for eksempel jentene i utvalget hadde større språklige vansker enn guttene, kunne dette påvirket resultatet

### 6.4.3 Konklusjon

Forskningsspørsmålet om psykisk helse varierer med alder og kjønn ble undersøkt ved hjelp av skala for Psykologisk tilpasning, faktorskalaene og kliniske skalaer. I tillegg ble det gjort statistiske analyser. Når det gjaldt om psykisk helse varierer med alder hadde jeg på forhånd en antagelse om at grad av problemer ville øke med økt alder. Dette viste seg blant annet gjennom statistiske analyser, å ikke stemme. Det var totalt i mitt utvalg barn fra skolens mellomtrinn som i størst grad hadde vansker, og ikke barn fra skolens ungdomstrinn. Resultatet kan imidlertid være påvirket av tilfeldigheter i utvalget. I forhold til om psykisk helse varierer med kjønn, var min antagelse at det ville være lite forskjell mellom gutter og jenter i forhold til gutter og jenter. Jeg fant små ulikheter, men ingen signifikante forskjeller mellom gutter og jenter. På dette området stemte altså antagelsen. Resultatet kan imidlertid skyldes tilfeldigheter i utvalget.

## 6.5 Har mange av barna problemer med vennskap og selvoppfatning?

Jeg vil her å gå inn på enkelte testledd jeg mener er spesielt sentrale for mitt siste forskningsspørsmål, om mange av barna har problemer med vennskap og selvbylde? Psykisk helse er, som tidligere nevnt, et stort område. I tillegg til andre felt det viste seg at utvalget hadde problemer med, som tilbaketrekking og kognitiv fungering, valgte jeg som nevnt å se spesielt på vennskap og selvbylde, som jeg mener er områder som kan være av stor betydning for livskvalitet, god utvikling og total psykisk helse. Gjennom å gå inn på enkelte testledd som er sentrale i forhold til vennskap og selvbylde, kan jeg få informasjon om hvordan barna i utvalget fungerer på disse områdene. Fordi PIC har flere aktuelle testledd når det gjelder vennskap, er det flere testledd som ligger til grunn for resultatene på vennskap, enn på



selvoppfatning. Vennskap dekkes med andre ord mer detaljert. Testleddene om selvoppfatning mener jeg likevel gir nyttig informasjon, og tydeliggjør hva foreldrene mener, når det gjelder selvoppfatning hos deres barn. I denne delen trekkes også inn tanker jeg har gjort, ut fra resultatene på tidligere forskningsspørsmål. Også informasjon fra disse, kan gi nyttige bidrag til om mange av barna har problemer med vennskap og selvoppfatning. Som ellers i undersøkelsen, fremgår alle resultatene slik det oppfattes av barnas foreldre, siden det er foreldrene som har besvart testleddene i PIC.

### **6.5.1 Vennskap**

Testleddene relatert til vennskap, er i fremstillingen sortert, ut fra følgende valgte undertema:

- Har barna mange venner?(testledd 5, 45, 47, 50, 135)
- Lek og samspill med andre.(testledd 1, 65, 90, 93, 95, 199)
- Hvem leker barna med?(testledd 36,158, 215, 223)
- Har barna problemer i leken? (testledd 11, 16, 20)

#### ***Har barna mange venner?***

Når det gjelder vennskap hos barna i utvalget kommer det frem at 64 % av foreldrene svarer at deres barn har mange venner, og 15 % av disse foreldrene mener at barnet deres har flere venner enn barn flest. Siden det å ha flere venner enn andre ikke er nødvendig for god psykisk helse, er det uproblematisk at det er en liten andel av foreldrene som svarer dette. For denne andelen barn kan mange venner imidlertid være en positiv ressurs for god utvikling. Det er derimot mer bekymringsfullt at over en tredjedel av foreldrene, 36 %, svarer at barnet deres har svært få venner. Dette synes ikke å variere i forhold til alder, noe tabellen under viser.

**Tabell 12 Barn som ifølge foreldrene har svært få venner, og alder**

"Barnet mitt har svært få venner."	Småskoletrinn 5- 9 år		Mellomtrinn 10-12 år		Ungdomstrinn 13-15 år	
	N	%	N	%	N	%
<b>Riktig</b>	9	38	7	35	4	36
<b>Galt</b>	15	63	13	65	7	64
<b>Total</b>	24	100	20	100	11	100

For å sikre sunn og harmonisk utvikling av et barns psykiske helse, kan likevel *en* venn være tilstrekkelig (Sommerschild, 1998). Selv om det er positivt at barnet utvikler et forhold til noen flere, kan det tyde på at det viktigste skillet går mellom en og ingen venner. ¼ av foreldrene svarer at barnet deres ikke har noen virkelig god venn. Uten å vite noe sikkert om hva slags konsekvenser dette kan få for barna, kan en tenke seg at disse mangler den positive beskyttelsen en god venn kunne gitt, med tanke på forebygging av problemer med psykisk helse. At ¼ av utvalget er uten en virkelig god venn, er en forholdsvis høy andel, noe jeg mener langt på vei bekrefter at dette er representert et problem for barna med spesifikke språkvansker som gruppe. Flere undersøkelser viser at svak språklig kompetanse også kan få konsekvenser for deres interaksjon med jevnaldrende (Asher m. fl., 1999; Gertner m. fl., 1994; Fujiki m. fl., 1996; Brinton m. fl., 1999; Fujiki m. fl., 1999). Kanskje kan dette spille inn hos de barna i utvalget, som ikke har en virkelig god venn. Skiller disse barna, som ifølge foreldrene ikke har noen god venn, seg fra hverandre med hensyn til kjønn og alder?

**Tabell 13 Barn uten noen god venn, og alder**

"Barnet mitt har ingen virkelig god venn."	Småskoletrinn 5- 9 år		Mellomtrinn 10-12 år		Ungdomstrinn 13-15 år	
	N	%	N	%	N	%
<b>Riktig</b>	8	35	3	15	2	18
<b>Galt</b>	15	65	17	85	9	81
<b>Total</b>	23	100	20	100	11	100

Det viser seg at det spesielt er de yngste barna som ikke har noen god venn. I aldersgruppe 5- 9 år gjelder dette over 30 %. Dette gjelder i mindre grad eldre barn noe som kommer frem gjennom at 15 % av 10- 12 åringer, og 18 % av 13- 16 åringer ikke har noen virkelig god venn. En større andel gutter enn jenter har noen god venn. Foreldre til 11 gutter og 2 jenter svarer at dette gjelder deres barn. Slike forskjeller i forhold til kjønn kan imidlertid skyldes tilfeldigheter i utvalget.

Et barn med mange venner er gjerne i mye positivt samspill med andre, og får dermed god sosial trening. Blant annet Howes mente, at sosiale ferdigheter læres best i stabile dyader og vennskapsforhold. Dette vil dermed si at barn som ikke er i slike dyader eller vennskapsforhold, kan miste mange gode muligheter for videre læring og positiv utvikling av sosiale ferdigheter. I utvalget hadde 16 % av barna problemer med nettopp sosiale ferdigheter. I tillegg viste en større andel av barna sosial inkompetanse, ut fra faktorskalaen med samme navn. Venner gir hverandre også mer positive tilbakemeldinger enn ”bare lekekamerater”, noe som kan virke positivt for barnas selvoppfatning. I alt er det mange forhold som er positive for barn med venner, og som kan virke negativt for de 36 % av barna i utvalget med svært få venner. Aller mest negativt kan dette imidlertid virke for de ¼ av utvalget, som ikke har en god venn.

Det kom tidligere i undersøkelsen frem at 44 % av barna i det totale utvalget hadde problemer med tilbaketrekking. Kanskje spiller også dette inn når noen barn har problemer med vennskap? En konsekvens av språkvansker kan ifølge Rice (1993) være, at de i mindre grad enn andre blir delaktige i det sosiale samspillet. En slik tilbaketrekking fra sosialt samspill, kan gi utfordringer når det gjelder å omdanne sosiale relasjoner til vennskap. 27 % av barna hadde vansker omkring depressive reaksjoner, uten at dette vil si at de har en depresjon. Også dette er noe som kan spille inn når en del av barna ikke har en god venn. Depressive reaksjoner kan ta fra barnet energi og overskudd som kunne vært benyttet til å gå inn i samspill og etablere vennskap. Dette kan også skape negative sirkler med en lite heldig virkning på barnets psykiske helse.

En følge for barn med svært få venner, eller ingen virkelig god venn, kan være ensomhetsfølelse. I utvalget fant jeg at 40 % av foreldrene lurte på om deres barn er ensomt. Halvparten av foreldre til jenter i utvalget, lurte på dette. Det samme gjelder 37 % av foreldre til gutter, og altså noe færre. Når det gjelder alder og ensomhet viser det seg at noe færre foreldre til barn på småskoletrinnet lurte på om barnet er ensomt. I denne aldersgruppen gjelder dette 33 %, mens det på mellomtrinnet og ungdomstrinnet, gjelder 45 %. Dette er interessant, siden det var de yngste barna som oftest ikke hadde en virkelig god venn. Likevel viser det seg at foreldrene mer bekymret for ensomhet hos de eldste. Kanskje er dette et uttrykk for at foreldrene som har levd med bekymring for barnet over lengre tid, og at bekymringen øker ettersom tiden går, og barnets vansker ikke slipper taket? Eller mener foreldrene at det å ha gode venner, er viktigere for de eldste barna? Kanskje blir det tydeligere hvem som er venner når barna blir eldre. Som tidligere nevnt, definerer eldre barn oftere hvem som er venner, og ikke bare lekekamerater.

### ***Lek og samspill med andre***

Når det gjelder lek og samspill med andre, svarer 80 % av foreldrene at deres barn ofte leker med andre barn. 93 % kommer ifølge foreldrene godt overens med andre. 78 % svarer barnet deres ser ut til å komme godt overens med alle. Dette er positive funn. At barna ikke har problemer med å komme overens med andre, bekrefter også resultatet på skalaen for Delinquency, som viser at bare 3 barn i utvalget viser sosialt avvikende atferd. 62 % av foreldrene svarer at barnet mitt er populært blant andre barn. Å være populær er ikke nødvendigvis viktig for en god utvikling av psykisk helse. For de barn i utvalget dette gjelder kan det å være populær imidlertid virke positivt for selvoppfatningen. Ingen av foreldrene i utvalget sier at de misliker de fleste av barnets venner.

27 % av foreldrene svarer at barnet deres vanligvis leker alene. Ved å se nærmere på dette i forhold til alder, kommer det frem at dette gjelder de eldste barna i størst grad. Mens omtrent 1 av 3 barn i aldersgruppe 13- 15 år leker alene, gjelder dette 1 av 4

barn i resten av utvalget. En kan her stille seg kritisk til selve formuleringen ”leker alene”. Dette spesielt når det gjelder foreldre til de eldste barna i utvalget, da disse ikke lenger ”leker” på samme måte som de yngste gjør. Jeg mener derfor det ligger noe usikkerhet, omkring hva foreldrene til de eldste har lagt i dette utsagnet. Noen har nok tolket ”leker alene” til å bety at de ”er” mye alene. Andre kan imidlertid ha definert for eksempel dataspill og lignende, som lek i denne aldersgruppen, og dermed ”svart på” om deres barn holder mye på med slik ”lek”, alene. Usikkerhet på dette området, gjør at jeg ikke drar bestemte slutninger på at eldste mer enn de yngste ”leker” alene.

**Tabell 14 Barn i utvalget som leker alene, og alder**

”Barnet mitt leker vanligvis alene.”	Småskoletrinn 5- 9 år		Mellomtrinn 10-12 år		Ungdomstrinn 13-15 år	
	N	%	N	%	N	%
Riktig	6	25	5	25	4	36
Galt	18	75	15	75	7	63
Total	24	100	20	100	11	100

I forhold til kjønn kommer det frem, at dette gjelder 28 % av guttene og 25 % av jentene. Gertner, Rice og Hadley (1994) fant at i verbalt krevende aktiviteter som rollelek, ble barn med språkvansker mindre foretrukket som lekepartnere enn andre barn. Kanskje kan dette være noe av årsaken når de yngste barna (25 %) i utvalget vanligvis leker alene. Barn med kommunikative begrensninger kan også ha vanskeligere for å opprette vennskap gjennom slik lek, som blant de yngste er en svært viktig aktivitet. De står dermed i fare for å få redusert både positive situasjoner for språktrening og anledninger til å etablere vennskap. Situasjoner og forhold som igjen kunne være positive i forhold til utvikling av et positivt selvilde og høyere status blant jevnaldrene.

### ***Hvem leker barna med?***

Når det gjelder hvem barna leker med, svarer 35 % av foreldrene at de fleste av mitt barns venner er yngre enn ham eller henne. Yngre barn er ikke like langt fremme

språklig som jevnaldrende, og ”matcher” kanskje barna med språkvansker bedre i sin kommunikasjon i leken? 16 % av foreldrene svarer at det virker som barnet deres ikke bryr seg om å være sammen med andre. At det i denne undersøkelsen kom frem at 44 % av barna har problemer med tilbaketrekking, bekrefter og styrker at noen barn trekker seg tilbake fra sosialt samvær. Hva som er årsaken til dette er vanskelig å vite. I noen tilfeller kan det å vise lite interesse for samvær, være en forsvarsmekanisme. Dette for eksempel for barn som har opplevd å bli avvist av andre. 22 % av foreldrene svarer at deres barn ofte blir avvist av andre barn. Ved å ikke utrykke interesse, risikerer barnet ikke å bli såret. Noen av foreldrene mener deres barn foretrekker voksne fremfor jevnaldrene, og 13 % svarer at barnet deres heller vil være sammen med voksne enn med barn på sin egen alder. Årsaker til dette kan være noen barn synes samspillet, koder i leken, konfliktløsning og lignende med andre barn, kan være vanskelig å forholde seg til. Det kan være enklere å forholde seg til voksne som tilrettelegger situasjonen for barnet. 13 % er imidlertid ikke en spesielt høy prosent, og dermed ikke noe som kjennetegner barna i utvalget som gruppe.

### ***Har barna problemer i leken?***

20 % av foreldrene svarer at det virker som andre barn ikke hører på eller legger særlig merke til barnet deres. Å bli oversett kan oppleves vanskelig. Jevnaldrende er viktige for barna og kan være ”signifikante andre” når det gjelder å bygge opp positiv selvtillit (Sommerschild, 1998). 22 % av foreldrene svarer som nevnt at deres barn ofte blir avvist av andre barn. Det kan være ulike grunner til at dette skjer. Noen av barna kan ha problemer med å kommunisere godt med andre. Undersøkelser viser eksempler på at barna med språkvansker kan være mindre flinke til å gi responser og at de oftere ignoreres av jevnaldrende (Hadley og Rice, 1991). Black og Logan (1995) så på kommunikasjonen hos barn som ble utestengt av jevnaldrende og fant at disse blant annet gav mindre relevante responser, avbrøt mer og var mindre tilpasningsdyktige i forhold til konversasjon. Dette er med på å vise hvor stor betydning språket har i forhold til mellommenneskelige forhold, lek og vennskap.

29 % av foreldrene sier at på skolen mener de deres barn trenger hjelp til å komme bedre overens med de andre. Denne undersøkelsen viste at svært få av barna i utvalget hadde vansker i forhold til å være udisiplinert og ha dårlig selvkontroll. Det kom også frem at bare 5 % av barna viste sosialt avvikende og antisosial atferd, som begrenset frustrasjonstoleranse. 93 % av barna i utvalget kommer som nevnt ifølge foreldrene også godt overens med andre. Utfra dette finner jeg det ikke sannsynlig at vanskelig temperament eller konfliktskapende atferd i større grad enn hos andre, er hovedårsak til at noen av disse har vanskelig for å komme overens med jevnaldrende. En del forskning tyder på at barn med språkvansker oftere enn andre risikerer problemer i forhold til god sosial interaksjon med jevnaldrende (Gertner, Rice, Hadley, 1994). Hazel og Black fant at barn med lavere sosial status også hadde dårligere kommunikative ferdigheter. Hos barna i utvalget kom det frem problemer med sosial inkompetanse hos  $\frac{1}{4}$ , noe som viser at en del har problemer i sosialt samspill. Når det gjelder sosiale ferdigheter, kom det imidlertid frem at dette var noe bare 16 % av barna i utvalget hadde problemer med. Hos barna i mitt utvalg kan det dermed virke som det verken er manglende sosiale ferdigheter eller et konfliktskapende temperament som er årsaken når barna trenger hjelp for å komme overens med andre og blir oversett. For noen av barna kan nok dette, uansett årsak være medvirkende årsak til at de føler seg ensomme, noe 40 % av foreldrene lurte på om deres barn gjør.

### **6.5.2 Selvoppfatning**

Om mange av barna med spesifikke språkvansker har problemer med selvoppfatning, var det siste området, jeg ønsket å se nærmere på. Selvtillit i PIC tilsvarer det jeg ellers i undersøkelsen omtaler som selvoppfatning. Også i forhold til selvoppfatning er enkelte spørsmål spesielt aktuelle (testledd 13 og 274). Det viser seg at 52 % av barna i utvalget ifølge foreldrene har liten selvtillit. Dette mener jeg er en forholdsvis høy andel. Hos både gutter og jenter fremgår det av tabellen under at omtrent halvparten ifølge foreldrene har liten selvtillit.

**Tabell 15 Selvtillit hos barn i utvalget, og kjønn**

"Barnet mitt har liten selvtillit."	Gutt		Jente		Alle	
	%	N	%	N	%	N
<b>Riktig</b>	52	22	50	6	52	28
<b>Galt</b>	48	20	50	6	48	26
<b>Total</b>	100	42	100	12	100	54

I forhold til alder kommer det frem større forskjeller. Tabell 15 viser at de eldste barna i 60 % av tilfellene har lav selvtillit. Hos 10- 12 åringene gjelder det samme 55 %, mens det blant de yngste barna er 46 % som har lav selvtillit. Også hos de yngste er prosenten høy, men det er interessant at denne stiger såpass mye ved økt alder. Om dette er uttrykk for at flere av de eldste barna faktisk har liten selvtillit, eller om det mer er et uttrykk for foreldrenes økende bekymring ettersom barnet blir eldre, er vanskelig å vite. Også i forhold til ensomhet kom det som nevnt frem at foreldrene til de eldste barna oftere var bekymret. Dette på tross av at det oftest var de yngste barna som ikke hadde en virkelig god venn.

**Tabell 16 Barn som ifølge foreldrene har liten selvtillit, og alder**

"Barnet mitt har liten selvtillit"	Småskoletrinn 5- 9 år		Mellomtrinn 10-12 år		Ungdomstrinn 13-15 år	
	N	%	N	%	N	%
<b>Riktig</b>	9	46	7	55	17	60
<b>Galt</b>	15	54	13	45	38	40
<b>Total</b>	24	100	20	100	55	100

Harter fant at det som kjennetegner barn med god selvfølelse er at disse har tro på egne krefter, tar initiativ, er selvstendige og stolte over egne ferdigheter, tåler skuffelser, kritikk og forandringer, samt beskriver seg selv positivt. Som oppfølging av denne undersøkelsen, kunne det vært interessant å foreta intervju av barna i utvalget, med tanke på å finne ut hva de selv mener de er flinke til eller ikke. Barnets syn på seg selv kunne gi nyttig informasjon når det gjelder om disse barna har problemer med selvoppfatning. Med stigende alder fant Harter at barn kan gi egenvurdering på flere områder. PIC inneholder ikke testledd som gir slik informasjon om ferdigheter barnet selv er stolt av å mestre. Et testledd går imidlertid



på det å beskrive eller omtale seg selv. Spørsmålet er om barnet ”omtaler seg selv som dum eller tåpelig”. I utvalget kom det frem at dette ble gjort av 38 % av barna. Harter mener som nevnt at barn med god selvfølelse betegner seg selv positivt. At så mange av barna i utvalget omtaler seg som dum eller tåpelig kan tyde på at deres selvoppfatning er negativ. Flere av guttene omtaler seg selv på en slik måte. Dette gjelder 44 % av guttene og 17 % av jentene.

**Tabell 17 Barn i utvalget som omtaler seg selv som dum eller tåpelig, og kjønn**

”Barnet mitt omtaler seg selv som dum eller tåpelig”	Gutt		Jente		Alle	
	N	%	N	%	N	%
Riktig	19	44	2	17	21	38
Galt	24	56	10	83	34	62
Total	43	100	12	100	55	100

Når det gjelder dette utsagnet og alder, viser tabellen ovenfor, at dette i størst grad gjelder barn i aldersgruppe 10- 12 år. Disse mener dette i 65 % av tilfellene, noe som gjelder mellom 20- 30 % av de resterende barna. Dette samsvarer godt med tidligere resultater på forskningsspørsmål om barna hadde problemer med psykisk helse. Det viste seg at omtrent 70 % av barna på mellomtrinnet hadde vansker med psykisk helse. Dette gjaldt halvparten av de yngste og de eldste barna. Som tidligere påpekt kan jeg ikke generalisere til populasjonen, blant annet på grunn av sammensetningen av alder og kjønn i utvalget. Det er likevel interessant å se at dette samsvarer når det gjelder dette utvalget.

**Tabell 18 Barn som ifølge foreldrene omtaler seg selv som dum eller tåpelig, og alder**

”Barnet mitt omtaler seg selv som dum eller tåpelig”	Småskoletrinn 5- 9 år		Mellomtrinn 10-12 år		Ungdomstrinn 13-15 år	
	N	%	N	%	N	%
Riktig	5	21	13	65	21	27
Galt	19	79	7	35	34	73
Totalt	34	100	20	100	55	100

Barnets selvoppfatning og verdsettelse av seg selv kan være av betydning for generell trivsel og psykisk helse. Weiseth (2000) sier at det i forhold til psykisk helse er viktig

å styrke selvfølelsen og at blant annet dette etter hvert har blitt helt sentralt i psykisk forebyggende arbeid. Også for barn med spesifikke språkvansker er denne en av flere viktige forutsetninger for best mulig psykisk helse og positiv utvikling. Dette kan være av enda større betydning om et barn har en vanske, for eksempel en språkvanske. Barn som strever på et eller flere områder kan i større grad møte utfordringer og oppgaver det har vanskelig for å klare med de negative konsekvenser dette kan få også for følelsen av mestring (Sommershild 1998). Det at halvparten av barna i utvalget i følge foreldrene har liten selvtillit, og om lag 40 % av disse omtaler seg selv som dum eller tåpelig, forteller meg at det står dårlig til når det gjelder selvoppfatning i mitt utvalg. I forhold til denne gruppen kan det å styrke selvfølelse dermed være et av flere sentrale områder for å oppnå bedre psykisk helse hos disse barna.

### **6.5.3 Konklusjon**

På spørsmål om mange barna med spesifikke språkvansker har problemer med vennskap, viste det seg at ¼ av barna i utvalget ikke noen virkelig god venn. Over 30 % av de yngste hadde ikke noen virkelig god venn. 36 % av foreldrene svarer at barnet deres har svært få venner 1 av 3 foreldre sa at barnet vanligvis lekte alene. I tillegg kom det frem at 1 av 3 foreldre sa barnet deres helst lekte med yngre barn. 20 % av foreldrene mente barnet deres ble avvist av jevnaldrene. Nesten 30 % trengte ifølge skolen hjelp til å komme bedre overens med andre barn. Totalt lurte 40 % av foreldrene på om barnet deres er ensomt. Hos barn på mellomtrinn og ungdomstrinn lurte 45 % på dette. Hos jentene lurte halvparten av foreldrene på om barnet er ensomt. Utfra dette er svaret på forskningsspørsmålet at mange av barna i utvalget har problemer med vennskap. Resultatene tilsier at dette gjelder i overkant av 30 % av barna. Dette mener jeg er et ganske høyt antall. Når det gjelder hva som er årsaken til problemene, er det vanskelig å trekke noen konklusjoner. Utfra tidligere resultater på PIC` skalaer, kan det tyde på at barna har problemer med sosial inkompetanse, men er ikke konfliktskapende eller viser antisosial atferd. Siden bare 16 % har mangelfulle sosiale ferdigheter, må det også være andre årsaker til slike problemer med sosial

inkompetanse. En stor del har imidlertid problemer med tilbaketrekking og depresjon, noe som indirekte kan ha påvirket problemer med samspill og vennskap hos disse barna.

Når det gjelder om mange av barna i utvalget har problemer med selvoppfatning, svarte omtrent halvparten av foreldrene at barnet deres har liten selvtillit. Dette gjaldt både gutter og jenter. Hos de eldste barna hadde 60 % lav selvtillit. Nesten 40 % av barna omtaler i følge foreldrene seg selv som dum eller tåpelig. Dette gjaldt i utvalget oftere gutter enn jenter. I forhold til alder viste det seg at barna i alder 10- 12 år som oftest omtaler seg selv som dum eller tåpelig.

Svaret på om barna i utvalget totalt sett har problemer med selvoppfatning, mener jeg basert på dette dermed er ja.

## KAPITTEL 7 AVSLUTNING

Hensikten med denne undersøkelsen var å finne ut mer om hvordan den psykiske helsen er hos barn med spesifikke språkvansker. Jeg lurte på om barna med spesifikke språkvansker i mitt utvalg oftere har problemer med psykisk helse enn andre barn? Og hva slags problemer barna har på dette området? Videre ville jeg undersøke om den psykisk helsen hos disse barna varierer med alder og kjønn? Psykisk helse er et stort felt, og jeg ønsket derfor å fordype meg i vennskap og selvoppfatning. Dette mente jeg var viktige områder relatert til psykisk helse, med viktig betydning for barnas livskvalitet. Jeg ønsket med bakgrunn i dette, å undersøke om vennskap og selvoppfatning var et problemområde, for mange av barna med spesifikke språkvansker. Ut fra dette laget jeg min problemstilling og mine forskningsspørsmål. Jeg valgte å bruke PIC som instrument for måling av områder rundt den psykiske helse hos disse barna.

I forrige kapittel belyste jeg resultater av undersøkelsen. Jeg vil i dette kapittelet komme med en oppsummering av resultatene, med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Videre vil jeg komme med refleksjoner i forhold til funn, og i forhold til videre arbeid på feltet spesifikke språkvansker og psykisk helse.

### 7.1 Psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker

Min undersøkelse av psykisk helse hos barn med spesifikke språkvansker er gjort med Personlighets Inventorium for barn (PIC) som måleinstrument. Resultatene bygger dermed på hvordan barnas foreldre besvarer spørreskjemaet i PIC, og gjelder slik psykisk helse fremkommer i denne. Utvalget er for lite og for sammensatt til at jeg kan trekke bastante slutninger, og jeg trekker dermed ikke konklusjoner som gjelder alle barn med spesifikke språkvansker. Resultatene bør i det virkelige liv alltid suppleres med annen informasjon, for å få et riktig helhetlig bilde av barnet. Slik informasjon kan fremkomme gjennom observasjon, andre tester og samtaler med barnet selv og sentrale voksne. Med dette i minnet oppsummerer jeg resultatene i undersøkelsen.

Jeg har undersøkt forhold omkring psykisk helse hos 63 barn med spesifikke språkvansker, med ekstra fokus på selvoppfatning og vennskap. Barna var i alder 5-15 år. Slik fordelingen er i virkeligheten, var det flere gutter enn jenter med spesifikke språkvansker med i utvalget. Første forskningsspørsmål var, **om barn med spesifikke språkvansker oftere har problemer med psykisk helse enn andre barn?** Det viste seg at disse barna over 4 ganger så ofte har slike vansker, og svaret på dette var dermed ja, noe som også var min forventning på forhånd. Nesten 60 % av barna i utvalget hadde slike problemer. Resultatet samsvarte med annen forskning, som har vist at 50- 75 % av barn med språkvansker også har følelsesmessige eller atferdsmessige problemer (Gallagher, 1999). Til sammenligning skal en generelt i befolkningen kunne forvente at 13 % av barn mellom 6 og 16 år har vansker med psykisk helse. Barna i utvalget har dermed betydelig oftere vansker enn det en kan regne med i en normalbefolkning. Ved å undersøke alvorlighetsgraden av hos de barna som hadde vansker med psykisk helse, kom det frem at 61 % hadde milde-, 25 % hadde moderate-, og 14 % hadde alvorlige problemer. I tillegg til disse, viste det seg at en gruppe tilsvarende 18 % av det totale utvalget, har skårer tett opp mot grensen for milde problemer i forhold til psykisk helse, og noen av disse kan muligens være i en faresone for å utvikle slike.

Andre forskningsspørsmål var **hva slags problemer barna har med psykisk helse?** I forhold til dette kom det av PIC` faktorskalaer frem at et av hovedproblemområdene for gruppen var kognitiv utvikling. Her hadde 70 % av barna har problemer. Videre hadde 24 % av barna problemer i forhold til sosial inkompetanse. Barna i utvalget hadde mindre grad av problemer når det gjaldt internalisering/ somatiske symptomer. Svært få hadde problemer med dårlig selvkontroll/ udisiplinert, og dette var altså noe som i svært liten grad kjennetegnet barna i utvalget. Det ble videre undersøkt nærmere hvordan barna hadde det i forhold til flere mer spesifikke områder relatert til psykisk helse ut fra PIC` kliniske skalaer. At 70- 80 % av det totale utvalget hadde vansker ut fra samtlige av de kliniske kognitive skalaene i PIC, var ikke overraskende. Videre viste det seg at tilbaketrekking var et betydelig problemområde for 44 % av barna i utvalget. Det samme var området depresjon. 27 % av barna hadde

problemer her, og dermed depressive tendenser, uten at de nødvendigvis oppfyller diagnostiske kriterier for depresjon. I forhold til angst hadde 18 % av barna problemer. Sosiale ferdigheter for 16 % av barna med spesifikke språkvansker i utvalget et problemområde. Det tyder dermed på å tyde på at når det gjelder problemer omkring sosial inkompetanse hos barna i dette utvalget, er ikke først og fremst mangelfulle sosiale ferdigheter hovedårsaken. Bildet er mer sammensatt, og flere forhold kan spille inn.

Barna med spesifikke språkvansker hadde liten grad av problemer med hyperaktivitet, somatisering, tendenser til sosialt avvikende eller eventuelt kriminell atferd, eller problemer relatert til psykose. Dette er områder som det viste seg ikke kjennetegnet barna i utvalget.

Mitt tredje forskningsspørsmål gjaldt om **psykisk helse hos disse barna varierer med alder og kjønn?** I forhold til alder hadde jeg på forhånd forventet at problemene ville øke ettersom barna med språkvansker ble eldre. Dette viste seg blant annet ved en korrelasjonsanalyse, å ikke stemme. Det var i utvalget barn mellom 10- 12 år, som i størst grad hadde problemer. Deretter fulgte barn i alder 13- 15 år. At de aller yngste hadde minst grad av problemer, stemte imidlertid med mine forventninger. Disse hadde lavest gjennomsnitt, men også størst grad av spredning i svarene sine. Også ved å se på mer detaljerte områder relatert til psykisk helse, fant jeg at resultatene til barn i ulike aldersgrupper i stor grad fulgte hverandre. Det kom imidlertid frem at de yngste barna hadde mindre problemer med tilbaketrekking, men noe mer problemer enn de eldre relatert til psykose. Motsatt har barn i alder 10- 15 år mer problemer i forhold til depresjon, ut fra skala for delinquency og tilbaketrekking, men mindre grad av problemer i forhold til den kognitive utviklingsskalaen. Når det gjelder depresjon fant jeg at de yngste hadde minst vansker, men at dette er et større problem hos eldre barn.

Jeg fant heller ikke store forskjeller mellom gutter og jenter, når det gjaldt hvor stor del som hadde problemer med psykisk helse. Dette stemte med min forventning på forhånd. En noe større andel jenter enn av gutter, hadde imidlertid slike problemer.

Guttene hadde et høyere gjennomsnitt totalt, og flere gutter enn jenter hadde milde problemer med psykisk helse. Blant jentene var det en større andel tilsvarende 27 %, og blant guttene 10 %, med moderate problemer i forhold til psykisk helse. Totalt var det 5 barn som hadde alvorlige problemer i forhold til psykisk helse.

Enkelte mindre forskjeller kom imidlertid frem. Spesielt gjaldt dette i forhold til kognitiv utvikling. På dette området hadde jentene noe større vansker enn guttene. I forhold til sosial inkompetanse, var forskjellene mellom gutter og jenter svært små. Det kom også frem at guttene i noe større grad hadde vansker med depresjon eller depressive tendenser, med tilbaketrekking og i forhold til angst. Jentene hadde noe mer vansker omkring områder relatert til kognitiv utvikling. Jentene hadde også større problemer med hyperaktivitet og somatisering enn guttene. Resultatet på disse områdene lå imidlertid lavt for både gutter og jenter, noe som betyr lite grad av vansker.

Statistiske analyser viste imidlertid at en sammenheng mellom psykisk helse og variablene alder og kjønn, ikke var signifikant. Årsaker til dette kan blant annet være spredningen i alder og kjønn i utvalget. Dette besto som nevnt av flere gutter enn jenter, og variasjon i antall barn og antall av hvert kjønn på hvert alderstrinn, varierte.

Siste forskningsspørsmål var om **mange av barna har problemer med vennskap og selvoppfatning**? Svarene fremkommer, som ellers i undersøkelsen, gjennom foreldrenes øyne. Når det gjaldt vennskap og selvbylde kunne jeg ikke sammenligne resultatet ut fra en skala eller kontrollgruppe, men fant det likevel interessant å se hvordan barna i utvalget hadde det på disse områdene. Det viste seg at blant barna med spesifikke språkvansker i utvalget, hadde omtrent  $\frac{1}{4}$  ikke en god venn. Av disse var en noe høyere andel gutter enn jenter. Det var de yngste barna som hadde mest problemer med vennskap. Over 30 % av disse hadde ikke en god venn. 36 % av foreldrene svarer at barnet deres har svært få venner. Dette gjelder både gutter og jenter, og det forekom lite forskjell i alder.

De fleste kom imidlertid godt overens med andre og ingen av foreldrene mislikte barnets venner. 1/3 av barna med spesifikke språkvansker lekte vanligvis alene, og

dette gjaldt i omtrent lik grad jenter og gutter. 1/3 lekte helst med yngre barn. 16 % av foreldrene syntes det virket som barnet ikke brydde seg om å være sammen med andre, og 13 % av barna foretrakk å være sammen med voksne fremfor andre barn på samme alder. 1/5 av barna ble avvist av jevnaldrene og nesten 30 % trengte ifølge skolen hjelp til å komme bedre overens med andre barn. Totalt lurte 40 % av foreldrene på om barnet deres er ensomt. Hos barn på mellomtrinn og ungdomstrinn lurte 45 % på dette. Hos jentene lurte halvparten av foreldrene på om barnet er ensomt.

Ut fra dette trakk jeg slutningen at i overkant av 1/3 av barna med spesifikke språkvansker har problemer med vennskap. At 40 % av foreldrene var bekymret for barnet sitt i forhold til ensomhet, var også en ganske høy andel.

Når det gjaldt selvoppfatning hos barn med spesifikke språkvansker i utvalget, svarte rundt halvparten av foreldrene at barnet deres har liten selvtillit. Svaret på forskningsspørsmålet blir dermed at mange har problemer med selvoppfatning, og at dette i utvalget spesielt er vanskelig for halvparten av barna. Dette gjaldt i like stor grad gutter som jenter. I forhold til alder viste det seg at barn i 13- 15 års alder hadde liten selvtillit i 60 % av tilfellene. Hos 10- 12 åringene mente 55 % av foreldrene det samme. Hos de yngste barna i utvalget hadde 46 % av barna har liten selvtillit. Problemet så dermed i utvalget ut til å øke med økt alder. En korrelasjonsanalyse viste imidlertid at en slik sammenheng ikke var signifikant. Hvordan et barn omtaler seg selv kan også si noe om barnets selvoppfatning. Blant barna i utvalget omtalte 40 % i følge foreldrene seg selv som dum eller tåpelig. Dette gjaldt i større grad er guttene enn jentene. I forhold til alder viste det seg at barna i alder 10- 12 år i størst grad omtaler seg selv på en slik måte. Disse mente dette i 65 % av tilfellene, mens det samme gjaldt mellom 20- 30 % av de resterende barna.

## 7.2 Veien videre

Resultatene i undersøkelsen bekreftet antagelser om at barn med spesifikke språkvansker har større risiko for å utvikle problemer i forhold til psykisk helse, enn



barn uten slike vansker har. En del av disse barna har også problemer med vennskap og selvoppfatning. Slike problemer med psykisk helse kan forringe både livskvalitet, og muligheter for positiv utvikling hos barna det gjelder. Som samfunnsproblem kan slike vansker med psykisk helse, også være en økonomisk utfordring. Av både individuelle og samfunnsmessige hensyn ville et økt fokus på psykisk helse, og på forebygging av problemer på dette området, være positivt. Både foreldre og fagfolk rundt barn med spesifikke språkvansker, bør ved utredning være oppmerksomme på en økt fare for psykiske helseproblemer hos disse.

Å se barnets totale situasjon er viktig. Dette på grunnlag av hvilket komplekst område psykisk helse er, og fordi vansker på dette område oftest er en følge av flere negative faktorer som inntreffer samtidig, på et uheldig tidspunkt i barnets liv. Det kan dermed ikke bare fokuseres på språkutvikling og språklig trening hos disse barna, selv om dette også er viktig. Å holde et blikk også på total trivsel, selvoppfatning, og forhold omkring vennskap og samspill med andre, kan være av viktig betydning for psykisk helse.

Underveis i undersøkelsen dukket det opp tanker for hvordan resultatene i undersøkelsen kunne følges opp, for å utdype området psykisk helse for barn med spesifikke språkvansker. Det kunne spesielt vært interessant å følge opp med en kvalitative undersøkelser på dette området, for å få dypere innsikt omkring psykisk helse. Fremgangsmåte kunne for eksempel være å forta en intervjuundersøkelse av barn med spesifikke språkvansker og deres foreldre, gjerne også fulgt opp av observasjon av barna i samspillsituasjoner. Vennskap og selvbilde er kort belyst i denne undersøkelsen, og kunne med fordel følges opp med flere undersøkelser der dette er hovedfokus. Dette hadde imidlertid blitt for omfattende for dette hovedfagsprosjektet, og får heller være et senere prosjekt, for meg eller for andre.

## 7.3 Tilbakeblikk på undersøkelsen

I denne avsluttende fasen av arbeidet med hovedfaget mitt, sitter jeg med noen tanker om undersøkelsen som er gjort og hva som kunne vært gjort annerledes. Kunnskapen

undersøkelsen har gitt meg, kunne ført til at enkelte ting hadde blitt gjort annerledes. Dette er jo også noe av meningen med et slikt hovedfagsprosjekt. Nemlig å gå gjennom alle faser med planlegging og gjennomføring, for dermed å evaluere og reflektere over hva som kunne vært gjort bedre. Utvalget kunne gjerne vært enda større, spesielt andelen jenter. Utvalget kunne også med fordel vært konsentrert om en aldersgruppe, istedenfor å bruke barn i hele spekteret 5- 15 år. Det kunne imidlertid bydd på problemer å få et like stort utvalg som det jeg hadde i denne undersøkelsen, og jeg hadde mistet muligheten til å se likheter og forskjeller i forhold til alder hos barna. Det hadde også vært spennende å ha en kontrollgruppe i forhold til mitt siste forskningsspørsmål, for å sammenligne om mange barn uten spesifikke språkvansker har problemer med vennskap og selvoppfatning.

Totalt sett synes jeg imidlertid fremgangsmåte og metode har vært hensiktsmessig. Den har gitt informasjon om psykisk helse, og også belyst vennskap og selvoppfatning hos denne gruppen barn. Jeg synes også undersøkelsen har hatt en nyttig funksjon, ved at den har satt fokus på et viktig område for barn med spesifikke språkvansker.

## LITTERATURLISTE

Adams, C., B. Byers Brown og M. Edwards (1997) *Developmental Disorders of language*. London: Whurr Publishers Ltd.

Asher, S.R. og H. Gazelle (1999) Loneliness, Peer Relations, and Language Disorder in Childhood. *Topics in Language Disorders*, 19, s 16- 33

Appleyard K., B. Egeland, M.H.M. van Dulmen. L.A. Sroufe (2005) When more is not better: the role of cumulative risk in child behaviour outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 235- 245

Aram, D.M., B.L. Ekelman, J.E. Nation (1984) Preschoolers with language disorders 10 years later. *I: Journal of Speech and Hearing Research, Vol 27*, s232- 247

Bates, J.E. (2001) *Adjustment style in childhood as a product of parenting and temperament*. I: T. E. Wachs og G. A. Kohnstamm (eds.), *Temperament in context*, Mahwah, N J, U S, Lawrence Erlbaum Associates

Befring, E. & R. Tangen (2001) *Spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Befring, E (2002) *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget

Beichtman, J. H., B. Wilson, E. B. Brownliw, H. Walters, W. Lancee (1996) Long- term Consistency in Speech/ Language Profiles. I: Developmental and Academic Outcomes. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 6, 804- 814

Bishop, D.V.M. og C. Adams (1990) A prospective study of the relationship between specific language impairment phonological disorders and reading retardation. *I: Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol 31*, s 1027- 1050

Bishop, D.V.M. (1997) *Uncommon Understanding. Development and Disorders of Language Comprehension in Children*. Hove: Psychology Press

- Black, B. og A. Logan (1995) Links between communication patterns in mother- child, father- child, and child- peer interaction and children` social status. *Child Development*, 66, s 255- 271
- Bishop, D.V.M. og A. Edmundson (1986) Is otitis media a major cause of spesific developmental language disorders? *British Journal of Disorders of Communications*, 21, 321- 338
- Bishop D.V.M.(1992) The Underlying Nature of Spesific Language Impairment. *I: Journal of Child Psykology and Psykiatry*. Vol. 33, s 3- 66
- Bishop, D.V.M. (1997) *Uncommon Understanding. Development and Disorders of Language Comprehension in Children*. East Sussex: Psykology Press Ltd.
- Bloom, L & M. Lahey (1978) *Language Development and Language Disorders*. New York: John Wiley and Sons
- Bloom, P. (1993) Overview: Controversies in Language Acquisition. *I: Language Acquistion*. Cambridge: The University Press.
- Borge, A.I.H. (2003) *Resiliens- Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag
- Brinton, B., Fujiki M. (1999) Social Interactional Behaviors of Children with Spesific Language Impairment. *Topics in Language Disorders*, 19 (2), 49-69
- Campbell, S.B. (1995) Behavior problems in pre- school children: A review of recent research. *Journal of Child Psykology and Psychiatry*, 36, 113- 149
- Catts, H.W. (1991) Early Identification of reading disabilities. *I: Topics in language disorders*. Vol 12, no 1, 1- 16
- Catts, H.W. (1993) The Relationship Between Speech.Language Impairments and Reading Disabilities. *I: Journal of Speech and Hearing Research*. Vol 36, 948- 958

- 
- Cook, T.D., M.R. Herman, M. Phillips, R.A. Settersten Jr. (2002) Some ways in which neighbourhoods, nuclear families, friendship groups, and schools jointly affect changes in early adolescent development. *Child Dev.*, 73, 1283- 1309
- Cook, T.D, M. Greenberg , C. Kusche (1994) The relations between emotional understanding, intellectual functioning, and disruptive behaviour problems in elementary- school- aged children. *Journal of abnormal Child Psychology*, 22, 2, 205- 219
- Craig, H.K. og J.A. Washington (1993) Access behavior of children with specific language impairment *Journal of Speech and Hearing Reaserch*, 36, s 322- 337
- Dalgard, O.S (2004) Psykisk helse, lokalsamfunn og forebyggende arbeid. Tre eksepler. *Ubevisst sjeleliv og bevisst samfunnsliv*. Psykisk helse i en sammenheng (Sandanger, Inge). Oslo: Universitetsforlaget
- Dalgard, O.S., S.B. Thapa, E. Hauff, H.R. Syed, M. McCubbin (2006) Immigration, powerlessness and psychological stress: Findings from the Oslo Health study. *Submitted to Scandinavian Journal of Psychology*.
- Duesund, L. (1995) *Kropp, kunnskap og selvoppfatning* Oslo: Universitetsforlaget
- Endresen, R.T., H.G. Simonsen, A. Sveen (2000) *Innføring i lingvistikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Field, T. (1992) Infants of depressed mothers. *Development and Psycopathology*, 31, 358- 363
- Fujiki, M., B. Brinton, C.H. Hart, A.H. Fitzgerald (1999) Peer acceptance and Friendship in Children with Spesific Language Impairment. *Topics in language disorders*, 19(2), 34- 48
- Fujiki, M., B. Brinton, C. Todd (1996) Social skills with specific language impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 27, 195- 202

- 
- Gallagher, T.M. (1999) Interrelationships among Children's Language, Behavior, and Emotional Problems. *Topics in language disorders*. Aspen Publisher. 19 (2): 1- 15.
- Gall, M.D., R.W. Borg, P.J. Gall (1996) *Educational research an introduction*. USA, Longman Publishers
- Gertner, B.L., M.L. Rice, P.A. Hadley (1994) Influence of communicative competence on peer preferences in a preschool classroom. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, s 913- 923
- Grant, K.E., B.E. Compas, A.F. Stuhlmacher et al (2003) Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129, 447- 466
- Harter, S. (1989) Causes, Correlates, and the Functional Role of Global Self- Worth: A Life-Span Perspective. I: J Kolligian og R. Sternberg: *Perceptions of Competence and Incompetence Across the Life-Span*. New Haven: Ct. Yale University Press, 67- 97
- Hadley, P.A. og M.L. Rice (1991) Conversational responsiveness of speech and language-repaired preschoolers *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, s 913- 923
- Hadley, P.A. og M.L. Rice (1991) Conversational responsiveness of speech and language-repaired preschoolers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, s 913- 923
- Halvorsen, K. (1993) *Å forske på samfunnet, en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Bedriftsøkonomenes forlag
- Hathaway, R.R. og J.C. McKinley (1951) *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory manual*. Minneapolis University of Minnesota Press
- Haugsgjerd, S., P. Jensen, B. Karlsson (1998) *Perspektiver på psykisk lidelse. En innføring for helse- og sosialfagene*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Heyerdahl, K. (2000) *Psykiske lidelser hos barn og unge*.

- I: Weiseth, L. og O.S. Dahlgard (2000) *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kamhi, A.(1998) Trying to make sense of developmental language disorders. *Language, Speech and Hearing Services in the Schools*, 27, 35- 44
- Kjøll, L.H. (2002) *Psykisk helse og talevansker i tilknytning til leppe- kjeve-ganespalte*. Hovedoppgave til 2. avdeling Embetsstudiet i Spesialpedagogikk Institutt for spesialpedagogikk: UiO
- Kleven, T.A. (2002) Begrepsoperasjonalisering. I: Christophersen, K.A. Kleven, T.A. Kvernbekk, T. Lund (red.): *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag
- Kringlen, E. (1990) *Psykiatri*. 5. reviderte utgave Oslo: Universitetsforlaget
- Lachar, D. og C.L. Gdowski (1979) *Actuarial assessment of child and adolescent personality: An interpretative guide for the Personality Inventory for Children profile*. Los Angeles: Western Psychological Services
- Lachar, D. (1995) *Personality Inventory for Children (PIC), Revised Format Manual Supplement*,
- Lahey, M., (1990) Who shall be called language disordered? Some reflections and one perspective. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 612- 620
- Lahey, M. og J. Edwards (1995) Spesific language impairment. Preliminary investigation of factors associated with family history and with patterns of language performance. *Journal of Speech and Hearing Research*, 38, 643- 657
- Law, J. (1992) *What is language impairment?* I: J. Law (red) *The Early Identification of Language Impairment*. London: Chapman og Hall.
- Leonard, L.B. (2000) *Children with Spesific Language Impairment* Cambridge, Massachusetts: The MIT Press

- Lund, T. (1997) *Kausal metodologi: en kortfattet og enkel introduksjon*. Universitetet i Oslo. Pedagogisk forskningsinstitutt
- Løge, I.K. (1999) *Språkleg medvit hos førskolebarn med språk og talevanskar*. Avhandling levert for dr. scient graden ved Det utdanningsvitenskaplige fakultet, Institutt for spesialpedagogikk, Universitet i Oslo
- Lazarus R. S. og S. Folkman (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer
- Mathiesen, K.S. og A. Sanson (2000) Dimensions of early childhood behaviour problems- Stability and predictors of change from 18 to 30 months. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 431- 439
- Mead, G.H. (1962) *Mind, Self and Society Chicago*: The University of Chicago Press
- Miller, J.F. (1991) Research on Language Disorders in Children: A progress Report. I: J.F. Miller (Ed.), *Research on Child Language Disorders: A Decade of Progress*. Austin: Pro- ed
- Najman, J.M., W. Bor, M.J. Andersen, M.O`- Gallagher, G.M. Williams (2000) Preschool children and behaviour problems: A prospective study. *Childhood development*, 7, 439- 466
- Nasjonalt folkehelseinstitutt rapport 2: 2006. *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*.
- Nøvik, T.S. (2007) *Spørreskjemaer og Intervjuer*. En oversikt. Senter for Barne- og ungdomspsykiatri, Oslo
- Olweus D. (1992) *Mobbing i skolen. Hva vet vi og hva kan vi gjøre?* Oslo: Universitetsforlaget
- Ottem, Ernst (2004) Diagnostisering av spesifikke språkvansker hos barn; inklusjons- og eksklusjonskriterier. *Nevropsykologi* 2004, 2, 3- 8



- Pinker, S. (1984) *Language Learnability and Language development*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Prior, M.(1999) Resilience and coping: The role of individual temperament. I: E. Frydenberg (ed.), *Learning to cope: Developing as a person in complex societies*, 33- 52. London: Oxford University Press
- Prior, M., A. Sanson, D. Smart, F. Oberklaid (2000) *Pathways from infancy to adolescence. Australian Temperament Project, 1983- 2000*. Melbourne, Australia: Australian Institute of Family Studies
- Rice, M. og Oetting, J. (1993) Morphological deficits in Children with SLI: Evaluation of number marking and agreement. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 1249- 1257
- Robbins, J. og T. Klee (1987) Clinical assessment of oropharyngeal motor development in young children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 271- 277
- Robson, C. (1993) *Real World Research*. Oxford UK and Cambridge USA, Blackwell
- Rommetveit, R. (1972) *Språk, tanke og kommunikasjon. En innføring i språkpsykologi og psykolingvistikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Rutter, M (1985) Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598- 611
- Rutter, M., L. Mawhood, P. Howlin (1992) Language delay and social development. I: Fletcher, P. og Hall, D. (red.), *Specific Speech & Language Disorders in Children*. London: Whurr Publishers
- Rutter, M.(2000) Resilience reconsidered; Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I: J. P. Shonkoff and S. J. Meisels (Eds.) *Handbook of early childhood intervention*, 651- 682

- Rygvdold, A.L. (2001) Språkvansker hos barn. I: Befring, E. & Tangen R.: *Spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Sameroff, A.J. (2000) Developmental systems and psychopatology. *Development and Psychopatology*, 12, 297- 312
- Scarborough, H.S.(1991) Early Syntactic Development of Dyslexic Children. I: *Annals of Dyslexia*. Vol 41, s 207- 220
- Stothard (1998)
- Skaalvik E.M. og S. Skaalvik (1996) *Selvoppfatning, motivasjon og læringsmiljø*. Oslo: Tano
- Smith, J. og M. Prior (1995) Temperament and stress resilience in school- age children: A within family study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 168- 179
- Sommerschild, H. (1998) Mestring som styrende begrep.I: B. Gjørsum, B. Grøholt og H. Sommerschild. *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Universitetsforlaget
- Stark, R. og P. Tallal (1988) *Language, speech and reading disorders in children: Neuropsychological studies*. Boston: Little, Brown
- Stark R.E. & Tallal, P. (1981) Selection of Children with specific language deficits. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46, 114-122
- Stothard, S.E., M.J. Snowling, D.V.M. Bishop, B. B.Chipchase, C.A. Kaplan (1998) Language- Impaired Preschoolers: A Follow- Up Into Adolescence. I: *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 41, 408- 418
- Sætre R.H., K.S. Mathiesen, A. Nærde (1996) *Barnefamilien- trivsel og levekår. Helsestasjonens rolle i kommunenes forebyggende arbeid for barn*. Oslo: Kommuneforlaget

- Tallal, P., S. Curtiss og R. Kaplan (1988) The San Diego Longitudinal Study: Evaluating the outcomes of preschool impairments in language development. I: S. Gerber og G. Mencher (Eds.), *International perspectives on communication disorders* (pp 86-126). Washington, DC Gallaudet University Press
- Tetzchner, S.v., J. Feilberg, B. Hagtvet, H. Martinsen, P.E. Mjaavatn, H.G. Simonsen, L. Smith (1993) *Barns språk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Tomblin, J.B., P. Freese, N. Records (1992). *Diagnosing specific language impairments in adults for the purpose of pedigree analysis*. Journal of Speech and Hearing Research
- Troland, K. (1988) *Personality Inventory for Children (PIC): "Barne- MMPI"*. Norsk oversettelse og Pilot utprøving. Hovedoppgave i Psykologi. Psykologisk Fakultet. Universitetet i Bergen
- Vedeler, L. (2000) Observasjonsforskning i pedagogiske fag, en innføring i bruk av metoder. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Watkins, R.V. (1994) *Specific Language Impairments in Children*. Volume 4. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Weiseth, L. og O.S. Dahlgard (2000) *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Wirt, R.D., P.D. Seat, W.E. jr Broen (1977) *Personality Inventory for Children; Administration Booklet*. Los Angeles: Western Psychological Services
- Wirt, R.D. og D. Lachar (1981) *The Personality Inventory for Children: Development and clinical applications. Advances in Psychological Assessment*. Vol. 5. San Francisco: Jossey- Bass. 353- 392
- Wirt, R.D., D. Lachar, J. Kliendienst, P.D. Seat (1990). *Multidimensional description of child personality: A manual for the Personality Inventory for Children*. Los Angeles: Western Psychological Services



## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Personlighetsinventorium for barn (PIC) – spørrehefte

Vedlegg 2: Personlighetsinventorium for barn (PIC) – svarskjema

Vedlegg 3: Personlighetsinventorium for barn (PIC) – profilskjema

Vedlegg 4: Konsesjon til å behandle personopplysninger

## **Vedlegg 1**

### **Personlighetsinventorium for barn (PIC) – spørrehefte**



# Personlighets- inventorium for barn

---

**Spørsmål om barns utvikling  
og fysisk og psykisk helse**

Revidert utgave  
Spørrehefte

---

Oversatt til norsk av:  
Kari Troland  
spesialist i klinisk  
nevropsykologi

Dette spørreskjemaet består av utsagn om barn og familieforhold. Skjemaet er inndelt i 4 deler. Sammen med skjemaet blir det utdelt et svarark.

### Instruksjon

Fyll først inn rubrikkene med person-informasjon på svararket.

Les gjennom hvert av utsagnene i heftet og avgjør om det stemmer eller ikke stemmer for ditt barn.

Hvis et utsagn er *riktig* eller *stort sett riktig* for ditt barn, merker du av i rubrikken ® på svararket. (Se 25 i eksemplet).

Hvis et utsagn er *galt* eller *stort sett galt* for ditt barn, merker du av i rubrikken © på svararket. (Se 26 i eksemplet).

Forsikre deg om at nummeret på utsagnet stemmer overens med nummeret på svararket. Merk av tydelig. Visk helt bort hvis du ønsker å forandre et svar.

#### Eksempel:

Her har foreldrene avgjort at utsagn 25 er riktig for deres barn og at utsagn 26 er galt for deres barn.

Del av svararket riktig utfyllt		
25	●	®
26	®	●

Ikke skriv i dette heftet.

Administration Booklet by Robert D. Wirt, Ph. D., Philip D. Seat, Ph. D., William E. Broen, Jr., Ph. D.  
Revision by David Lachar, Ph. D.

Copyright © 1977, 1981 by Western Psychological Services. Translated and reprinted by agreement with the publisher, Western Psychological Services. Not to be reproduced in any form without written permission of Western Psychological Services, 12031 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025, U.S.A. All rights reserved.

Copyright © 1977, 1981 ved Western Psychological Services. Oversatt og publisert etter avtale med forlaget, Western Psychological Services. Det er ikke tillat å kopiere deler av dette materialet uten skriftlig tillatelse fra Western Psychological Services, 12031 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025, U.S.A. Alle rettigheter er reservert.



## Del I

1. Barnet mitt leker ofte med andre barn.
2. Barnet mitt smiler nesten aldri.
3. Andre barn blir ofte sinte på barnet mitt.
4. Barnet mitt bekymrer seg over ting det er vanlig at bare voksne bekymrer seg om.
5. Barnet mitt har mange venner.
6. Jeg tror at barnet mitt er normalt eller over normalt intelligent.
7. Barnets oppførsel gjør meg av og til forlegen.
8. Barnet mitt har humoristisk sans.
9. Barnet mitt ser av og til ting som ikke er der.
10. Barnet mitt bekymrer seg over synd.
  
11. Det virker som andre barn ikke hører på eller legger særlig merke til barnet mitt.
12. Barnet mitt kler seg av og til naken ute.
13. Barnet mitt har liten selvtillit.
14. Jeg ønsker ofte at barnet mitt var mer vennlig.
15. Barnet mitt kan gre håret sitt selv.
16. Barnet mitt blir ofte avvist av andre barn.
17. Det virker som barnet mitt liker å ødelegge ting.
18. Det hender at barnet mitt skriver brev til venner.
19. Lyn og torden gjør barnet mitt urolig.
20. På skolen mener de at barnet mitt trenger hjelp for å komme bedre overens med andre barn.
  
21. Barnet mitt spør ofte om jeg er glad i ham/henne.
22. Andre barn ser opp til mitt barn.
23. Barnet mitt kunne sykle på trehjuls-sykkel i 5-års alderen.
24. Barnet mitt blir av og til sint.
25. Barnet mitt klager ofte over å være varm, selv på kalde dager.
26. Barnets oppførsel gjør ofte andre sinte.
27. I det siste har barnet mitt klaget over problemer med øynene.
28. Andre synes at barnet mitt er begavet.
29. Barnet mitt har ofte luft i magen.
30. Barnet mitt er flink til å lyve seg ut av vanskeligheter.

FORTSETT PÅ NESTE SIDE

31. Barnet mitt lurar ofte andre barn.
32. Barnet mitt er flink til å lede lek og slåt.
33. En tid hadde barnet mitt talevansker.
34. Det er et problem at barnet mitt er ufordragelig overfor andre.
35. Barnet mitt er like flink til å bruke saks som andre barn på samme alder.
36. Det virker som barnet mitt ikke bryr seg om å være sammen med andre.
37. Barnet mitt har problemer med å gjøre ting med hendene.
38. Andre syns at barnet mitt er slem.
39. Barnet mitt ser ut til å kjenne alle i nabolaget.
40. Barnet mitt ville aldri utnytte andre.
41. Barnet mitt kan trygt være alene hjemme.
42. Barnet mitt hopper fra det ene til det andre.
43. Barnet mitt har kommet i vanskeligheter fordi det har gått løs på andre.
44. Barnet mitt ser ut til å ta ting altfor alvorlig.
45. Barnet mitt har flere venner enn barn flest.
46. Når barnet mitt blir sint, bør man passe seg.
47. Barnet mitt har ingen virkelig god venn.
48. Barnet mitt er lykkeligere enn noensinne.
49. Barnet mitt klager ofte over at andre ikke forstår ham/henne.
50. Barnet mitt har svært få venner.
51. Barnet mitt liker aktiv lek og sport.
52. Av og til bekymrer jeg meg over barnets manglende medfølelse.
53. Barnet mitt er redd for små ting.
54. Barnet mitt har en tendens til å tøyse grensene for hva som er tillatt.
55. Barnet mitt krangler nesten aldri.
56. Barnet mitt er ofte ulydig mot meg.
57. Barnet mitt liker å «vise seg».
58. Andre har sagt at mitt barn har mye «personlighet».
59. Barnet mitt går og legger seg til rett tid uten å klage.
60. Barnet mitt liker å «sjefe» over andre.

FORTSETT PÅ NESTE SIDE

61. Barnet mitt har hatt lesevansker.
62. En skikkelig oppstrammer er alt som skal til for at barnet mitt skal oppføre seg pent.
63. Barnet mitt er av og til ulydig mot sine foreldre.
64. Barnet mitt får spesialundervisning på skolen (for særlig læresvake).
65. Barnet mitt leker vanligvis alene.
66. Barnet mitt spiser av og til for mye søtsaker.
67. Barnet mitt tar ofte venner med seg hjem.
68. Barnet mitt hadde lært å telle ting i 6-års alderen.
69. Barnet mitt hadde lært å skrive fornavnet sitt i 6-års alderen.
70. Barnet mitt ser ikke ut til å lære av sine feil.
71. Det virker som barnet mitt ikke er i stand til å vente på ting, slik andre barn kan.
72. Barnet mitt gjør alltid skolearbeidet sitt punktlig.
73. Barnet mitt tar vanligvis ledelsen i en gruppe.
74. Det hender at barnet mitt lyver for å unngå ubehageligheter eller straff.
75. Andre barn gjør narr av barnet mitt fordi det tenker annerledes.
76. Av og til har barnet mitt rykninger i musklene.
77. Barnet mitt er redd for å snakke til andre.
78. Barnet mitt begynte å snakke før han/hun var 2 år gammel.
79. Lærerne klager over at barnet mitt ikke kan sitte i ro.
80. Barnet mitt har noen stygge uvaner.
81. Barnet mitt har flere ganger klaget over klump i halsen.
82. Barnet mitt har ofte mareritt.
83. Barnet mitt oppfører seg nesten aldri egoistisk.
84. Barnet mitt er vanligvis i godt humør.
85. Det virker som barnet mitt er redd for blod.
86. Barnet mitt virker mer klosset enn andre barn på sin alder.
87. Barnet mitt kan lokkes med på hva som helst.
88. Barnet mitt er av og til misunnelig på det andre folk eier eller har lykkes med.
89. Det største problemet barnet mitt har, er at han/hun er så sjenert.
90. Vanligvis kommer barnet mitt godt overens med andre.

FORSETT PÅ NÆSTE SIDE

- 
91. Barnet mitt går seg lett bort.
  92. Barnet mitt har ofte hodepine.
  93. Barnet mitt ser ut til å komme godt overens med alle.
  94. Barnet mitt blir lett forlegen.
  95. Barnet mitt er populært blant andre barn.
  96. Barnet mitt har lett for å bli forvirret.
  97. Barnet mitt smiler nesten alltid.
  98. Barnet mitt mister de fleste av vennene sine fordi han/hun er så  
hissig.
  99. Barnet mitt er sjenert overfor barn på sin egen alder.
  100. Det var vanskelig å få barnet mitt til å slutte å bruke bleier.
  101. Barnet mitt vil ha mye oppmerksomhet når han/hun er syk.
  102. Barnet mitt klarer å telle vekslepengene når han/hun kjøper noe.
  103. Barnet mitt kan klokken nokså bra.
  104. Barnet mitt blir ofte voldsomt.
  105. Barnet mitt kan bade seg selv.
  106. I det siste har barnet mitt klaget over brystmerter.
  107. Det er sjelden grunn til å irttesette barnet mitt.
  108. Barnet mitt har like mye pågangsmot som andre barn.
  109. Skolen har nylig sendt meldinger hjem om at barnet mitt oppfører  
seg dårlig.
  110. Av og til utsetter barnet mitt arbeidsoppgaver.
  111. Barnet mitt snakker ofte om døden.
  112. Barnet mitt har vært vanskelig å holde styr på.
  113. Noen ganger har barnet det rolete på rommet sitt.
  114. Barnet mitt er som regel redd for å treffe nye mennesker.
  115. Barnet mitt trenger nesten aldri straff eller skjenn.
  116. Barnet mitt kunne spise med gaffel før han/hun var fire år.
  117. Det hender ofte at barnet mitt klager over tåkesyn (uklart syn).
  118. Barnet mitt trenger å beskyttes mot dagliglivets farer.
  119. Barnet mitt har respekt for andres eiendom.
  120. Det hender ofte at barnet mitt holder seg for ørene.

FORTSETT PÅ NESTE SIDE

121. Alt må være perfekt for at barnet mitt skal være fornøyd.
122. Ris ser ikke ut til å ha noen virkning på barnet mitt.
123. Barnet mitt snakker ofte om sin egen høyde eller vekt.
124. Barnet mitt begynner ofte å gråte uten synlig grunn.
125. Barnet mitt gruer seg alltid for å begynne på noe nytt.
126. Barnet mitt ser helst de lyse sidene ved tingene.
127. Barnet mitt flir ofte gråtetokter.
128. Noen ganger blir barnet mitt hett og varmt uten grunn.
129. Barnet mitt virker tretti mesteparten av tiden.
130. Andre har bemerket hvor oppvakt barnet mitt er.
131. Barnet mitt tar sykdom tynge enn barn flest.

FORTSETT PÅ NESTE SIDE (med mindre du er borti om å stoppe etter Del II).

---

## Del II

132. Barnet mitt har en tendens til å syns synd på seg selv.
  133. Andre lytter alltid når barnet mitt snakker.
  134. Flere ganger har barnet mitt hatt plager, uten at legen har funnet noe galt.
  135. Jeg lurte ofte på om barnet mitt er ensomt.
  136. Vanligvis tar barnet mitt ting på strak arm.
  137. Barnet har en tendens til å ta bemerkninger ille opp.
  138. Selv småting kan lett bringe barnet mitt ut av fasing.
  139. Barnet mitt holder tankene sine for seg selv.
  140. Det er lenge siden familien vår har gått ut sammen.
- 
141. Barnet mitt har aldri nevnt noe om hjertebank.
  142. Barnet mitt har stort sett vært et rolig barn.
  143. Noen ganger har barnet mitt skadet andre alvorlig.
  144. Barnet mitt har aldri hatt kramper i beina.
  145. Av og til hyler og skriker barnet mitt uten grunn.
  146. Barnet mitt har det med å skrike hvis han/hun blir forstyrret.
  147. Barnet mitt har ingen spesielle talent.
  148. Vår familie ser ut til å trives bedre sammen enn familier flest.
  149. Barnet mitt sturer en del.
  150. Barnet mitt kunne gjort det bedre på skolen hvis han/hun forsøkte.
- 
151. Barnet mitt har aldri likt å bli klemt og kost med.
  152. Ekteskapet vårt har vært svært ustabilt.
  153. Det virker som om faren er sjalu på barnet.
  154. Jeg er redd for at barnet mitt holder på bli sinnsykt.
  155. Barnet mitt snakker sjelden om sykdom.
  156. Barnet mitt har hatt krampeanfoll.
  157. Barnet mitt står ofte opp om natten.
  158. De fleste av mitt barns venner er yngre enn han/henne.
  159. Det er mye barning hjemme hos oss.
  160. Barnet mitt tar aldri ledelsen i noe.

---

FORTSETT PÅ NESTE SIDE

161. Barnet mitt takler kritikk lett.
162. Det hender at barnet mitt banner til meg.
163. Barnet mitt er ikke bekymret for sykdom.
164. Det virker som barnet mitt kjeder seg på skolen.
165. Barnets foreldre er separert eller skilt.
166. Barnet mitt blir så lett utmattet.
167. Jeg får ikke barnet mitt til å gjøre leksene sine.
168. Barnet mitt holder seg i nærheten av meg når vi er ute.
169. Barnet mitt går ofte rundt og vrir hender.
170. Barnets foreldre har gått fra hverandre flere ganger.
171. Av og til går barnet ærend for meg.
172. Det er slett ikke utenkelig at barnet mitt kan holde seg innendørs i flere dager.
173. Barnet mitt har hatt korte perioder der det virker som han/hun ikke legger merke til hva som foregår.
174. Barnet mitt har aldri hatt rykninger i ansiktet.
175. Barnet mitt vil heller løpe enn gå.
176. Barnet mitt er annerledes enn andre barn.
177. Barnet mitt er redd for å dø.
178. Barnet mitt tror på Gud.
179. Barnet mitt later ikke til å bry seg om moro.
180. På fridager hender det ofte at barnet mitt sover mesteparten av dagen.
181. Barnet mitt kan ofte bli værende på rommet sitt i timevis.
182. Barnet mitt har aldri hatt lænnelser.
183. Barnet mitt bryter sjelden regler.
184. Det har aldri vært uenighet om barneoppdragelsen hjemme hos oss.
185. Flere ganger har barnet mitt truet med å ta livet av seg.
186. Barnet mitt stoler vanligvis ikke på andre.
187. Barnet mitt har mange venner av motsatt kjønn.
188. Barnet mitt virker ulykkelig over familieforholdene hjemme hos oss.
189. Andre bemerker ofte hvor humørsykt barnet mitt er.
190. Problemet med barnet mitt er at det har så lett for å bære nag.

FORTSETT PÅ NESTE SIDE

- 
191. Ingen ting ser ut ut til å skremme barnet mitt.
  192. Barnet mitt ser ikke ut til å være interessert i praktiske gjøremål.
  193. Det virker ikke som barnet mitt kan holde oppmerksomheten på noe som helst.
  194. Barnets foreldre er lite aktive i nærmiljøet (foreldrelag, velforening o.l.).
  195. Barnet mitt har det med å svelge maten uten å tygge den.
  196. barnet mitt elsker å overnatte hos venn(inn)er.
  197. Skolen har vært lett for barnet mitt.
  198. Barnet mitt kan ikke sitte stille på skolen fordi han/hun er så nervøs.
  199. Jeg misliker de fleste av barnets venner.
  200. Barnet mitt har aldri vært plaget med forstoppelse.
  201. Barnet mitt er ofte rastløs.
  202. Flere ganger har barnet mitt vært i vanskeligheter på grunn av tyverier.
  203. Barnet mitt klager sjelden over magesmerter.
  204. Barnet mitt har aldri måttet gå igjen noe klassetrinn.
  205. Barnet mitt er redd for fremmede.
  206. Barnets foreldre har problemer med å klare seg økonomisk.
  207. Barnet mitt liker å arbeide med tall.
  208. Barnet mitt har aldri vært i konflikt med politiet.
  209. Barnet mitt er sjelden hos lege.
  210. Eventyr og bameregler er barnets favorittfortellinger.
  211. Faren forstår ikke barnet.
  212. Barnet mitt har aldri vært plaget av svimmelhet.
  213. Barnets far drikker for mye.
  214. Barnet mitt har det med å skryte.
  215. Barnet mitt vil heller være sammen med voksne enn med barn på sin egen alder.
  216. Barnet mitt kan være temmelig sta.
  217. Barnet mitt snakker sjelden.
  218. Familien vår spiser sjelden samlet.
  219. Å lese er det kjekkeste barnet mitt vet.
  220. Veldigvis tar barnets far alle viktige avgjørelser i hjemmet.

---

FORTSETT PÅ NESTE SIDE

---



221. Barnet mitt har ofte «dårlige dager».
  222. Barnet mitt insisterer på å ha lyset på når han/hun skal sove.
  223. Det virker som barnet foretrekker voksne fremfor barn.
  224. Barnet mitt er avhengig av andre.
  225. Barnet mitt blir forkjølet oftere enn andre barn.
  226. Vi foreldre er ofte uenige om hvordan vi bør oppdra barnet.
  227. Barnet mitt låser seg ofte inne på soverommet.
  228. Det hender ofte at barnet mitt ler uten synlig grunn.
  229. Barnet mitt skulker av og til skolen.
  230. Barnet mitt er ikke like sterkt som andre barn.
- 
231. Andre har bemerket hvor selvsikkert barnet mitt er i en gruppe.
  232. Andre har bemerket hvor fornuftig barnet mitt er.
  233. Det virker som barnet mitt forstår alt som blir sagt.
  234. Det hender at barnets far blir borte i dagevis etter en krangel.
  235. Det virker som penger er det barnet mitt er aller mest interessert i.
  236. Jeg har lagt merke til at barnet mitt ofte leker med vannet i toalettskålen.
  237. Barnets far blir av og til full og slen.
  238. Barnet mitt er et søst barn.
  239. Barnet mitt tror at andre sammensverger seg mot ham/henne.
  240. Veldigvis leker barnet mitt inne.
- 
241. Barnets far er sjelden borte fra jobben.
  242. Det hender ofte at barnet mitt tar seg en tur på egenhånd.
  243. Barnets foreldre har satt klare regler som må følges.
  244. Ofte vandrer barnet mitt helt måløst omkring.
  245. Flere ganger har barnet mitt truet med å rømme hjemmefra.
  246. Av og til har barnet mitt pustevarmer.
  247. Det er alltid mye krangel ved middagsbordet hjemme hos oss.
  248. Barnet mitt har venner som ofte er i vanskeligheter.
  249. Barnet mitt blør sjelden neseblod.
  250. Barnet mitt har aldri vært utvist fra skolen.

FORTSETT PÅ NESTE SIDE

- 
251. Barnet mitt sutrer for mye.  
252. Barnet mitt har aldri rømt hjemmefra.  
253. Barnet mitt er usedvanlig talentfullt.  
254. Det er ikke noe problem for barnet mitt å synge ut.  
255. Da barnet mitt var mindre, hadde jeg store vanskeligheter fordi han/hun hadde raserianfall så ofte.  
256. Det har aldri vært noe problem for barnet mitt å dele med andre.  
257. Vi foreldre diskuterer alltid viktige saker før vi tar en avgjørelse.  
258. Barnet mitt røyker hjemme.  
259. Faren eksploderer ofte overfor barnet.  
260. Barnet mitt er sjenert overfor voksne.
261. Jeg er blitt fortalt at barnet mitt drikker alkohol.  
262. Barnet mitt er ofte litt «åndsfraværende».  
263. Barnet mitt er mørkredd.  
264. Barnet mitt skryter av å ha blitt sendt til rektor.  
265. Barnet mitt har aldri besvimelsesanfall.  
266. Faren er for streng mot barnet.  
267. Barnet mitt vasker aldri rommet sitt selv.  
268. Barnet mitt er i stand til å unngå dagligdagse farer.  
~~269. Barnet mitt bruker mesteparten av tiden sin til å se fjernsyn.~~  
270. Det hender ofte at barnet mitt har høy feber.
271. Barnets far er nesten aldri hjemme.  
272. Av og til forestår jeg ikke hva barnet mitt mener.  
273. Barnet mitt er usedvanlig rent og velstelt.  
274. Barnet mitt omtaler seg selv som dum eller tåpelig.  
275. Det er ofte en spent atmosfære i hjemmet vårt.  
276. Flere ganger har barnet mitt truet med å drepe andre.  
277. Faren tilbringer svært lite tid sammen med barnet.  
278. Barnet mitt har sjelden ryggsmerten.  
279. Faren har svært liten tilmodighet med barnet.  
280. Barnets foreldre krangler ofte.

## **Vedlegg 2**

### **Personlighetsinventorium for barn (PIC) – svarskjema**

# Personality Inventory for Children (PIC) Revised Answer Sheet

Published by  
**WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES**  
**wps**  
 12031 Wilshire Boulevard  
 Los Angeles, CA 90025-1251  
*Publishers and Distributors*

## PLEASE FILL OUT COMPLETELY:

Child's Name: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_\_

Sex: M F Ethnicity: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Agency: \_\_\_\_\_

Rater's Name: \_\_\_\_\_

Rater's Relationship to Child: \_\_\_\_\_

For Revised Format, indicate number of parts completed:

☐ Part I only

☐ Parts I, II, and III

## DIRECTIONS:

Carefully read the instructions that are printed on the front of the PIC Booklet. This Answer Sheet is numbered to correspond to the items in the PIC Booklet. Each statement should be answered by filling in the ☐ circle for True or the ☐ circle for False. Fill in only one circle for each statement. Try to respond to all statements.

## EXAMPLE:

5. My child has many friends.

If your child has many friends, fill in the T ☐

circle. If your child does not have many friends, fill in the F circle. ☐

Copyright © 1982 by Western Psychological Services  
 Not to be reproduced in whole or in part without written permission  
 of Western Psychological Services.  
 All rights reserved. 7 8 9 Printed in U.S.A.

W-152L

1 <input type="radio"/>	41 <input type="radio"/>	81 <input type="radio"/>	121 <input type="radio"/>	161 <input type="radio"/>	201 <input type="radio"/>	241 <input type="radio"/>
2 <input type="radio"/>	42 <input type="radio"/>	82 <input type="radio"/>	122 <input type="radio"/>	162 <input type="radio"/>	202 <input type="radio"/>	242 <input type="radio"/>
3 <input type="radio"/>	43 <input type="radio"/>	83 <input type="radio"/>	123 <input type="radio"/>	163 <input type="radio"/>	203 <input type="radio"/>	243 <input type="radio"/>
4 <input type="radio"/>	44 <input type="radio"/>	84 <input type="radio"/>	124 <input type="radio"/>	164 <input type="radio"/>	204 <input type="radio"/>	244 <input type="radio"/>
5 <input type="radio"/>	45 <input type="radio"/>	85 <input type="radio"/>	125 <input type="radio"/>	165 <input type="radio"/>	205 <input type="radio"/>	245 <input type="radio"/>
6 <input type="radio"/>	46 <input type="radio"/>	86 <input type="radio"/>	126 <input type="radio"/>	166 <input type="radio"/>	206 <input type="radio"/>	246 <input type="radio"/>
7 <input type="radio"/>	47 <input type="radio"/>	87 <input type="radio"/>	127 <input type="radio"/>	167 <input type="radio"/>	207 <input type="radio"/>	247 <input type="radio"/>
8 <input type="radio"/>	48 <input type="radio"/>	88 <input type="radio"/>	128 <input type="radio"/>	168 <input type="radio"/>	208 <input type="radio"/>	248 <input type="radio"/>
9 <input type="radio"/>	49 <input type="radio"/>	89 <input type="radio"/>	129 <input type="radio"/>	169 <input type="radio"/>	209 <input type="radio"/>	249 <input type="radio"/>
10 <input type="radio"/>	50 <input type="radio"/>	90 <input type="radio"/>	130 <input type="radio"/>	170 <input type="radio"/>	210 <input type="radio"/>	250 <input type="radio"/>
11 <input type="radio"/>	51 <input type="radio"/>	91 <input type="radio"/>	131 <input type="radio"/>	171 <input type="radio"/>	211 <input type="radio"/>	251 <input type="radio"/>
12 <input type="radio"/>	52 <input type="radio"/>	92 <input type="radio"/>	132 <input type="radio"/>	172 <input type="radio"/>	212 <input type="radio"/>	252 <input type="radio"/>
13 <input type="radio"/>	53 <input type="radio"/>	93 <input type="radio"/>	133 <input type="radio"/>	173 <input type="radio"/>	213 <input type="radio"/>	253 <input type="radio"/>
14 <input type="radio"/>	54 <input type="radio"/>	94 <input type="radio"/>	134 <input type="radio"/>	174 <input type="radio"/>	214 <input type="radio"/>	254 <input type="radio"/>
15 <input type="radio"/>	55 <input type="radio"/>	95 <input type="radio"/>	135 <input type="radio"/>	175 <input type="radio"/>	215 <input type="radio"/>	255 <input type="radio"/>
16 <input type="radio"/>	56 <input type="radio"/>	96 <input type="radio"/>	136 <input type="radio"/>	176 <input type="radio"/>	216 <input type="radio"/>	256 <input type="radio"/>
17 <input type="radio"/>	57 <input type="radio"/>	97 <input type="radio"/>	137 <input type="radio"/>	177 <input type="radio"/>	217 <input type="radio"/>	257 <input type="radio"/>
18 <input type="radio"/>	58 <input type="radio"/>	98 <input type="radio"/>	138 <input type="radio"/>	178 <input type="radio"/>	218 <input type="radio"/>	258 <input type="radio"/>
19 <input type="radio"/>	59 <input type="radio"/>	99 <input type="radio"/>	139 <input type="radio"/>	179 <input type="radio"/>	219 <input type="radio"/>	259 <input type="radio"/>
20 <input type="radio"/>	60 <input type="radio"/>	100 <input type="radio"/>	140 <input type="radio"/>	180 <input type="radio"/>	220 <input type="radio"/>	260 <input type="radio"/>
21 <input type="radio"/>	61 <input type="radio"/>	101 <input type="radio"/>	141 <input type="radio"/>	181 <input type="radio"/>	221 <input type="radio"/>	261 <input type="radio"/>
22 <input type="radio"/>	62 <input type="radio"/>	102 <input type="radio"/>	142 <input type="radio"/>	182 <input type="radio"/>	222 <input type="radio"/>	262 <input type="radio"/>
23 <input type="radio"/>	63 <input type="radio"/>	103 <input type="radio"/>	143 <input type="radio"/>	183 <input type="radio"/>	223 <input type="radio"/>	263 <input type="radio"/>
24 <input type="radio"/>	64 <input type="radio"/>	104 <input type="radio"/>	144 <input type="radio"/>	184 <input type="radio"/>	224 <input type="radio"/>	264 <input type="radio"/>
25 <input type="radio"/>	65 <input type="radio"/>	105 <input type="radio"/>	145 <input type="radio"/>	185 <input type="radio"/>	225 <input type="radio"/>	265 <input type="radio"/>
26 <input type="radio"/>	66 <input type="radio"/>	106 <input type="radio"/>	146 <input type="radio"/>	186 <input type="radio"/>	226 <input type="radio"/>	266 <input type="radio"/>
27 <input type="radio"/>	67 <input type="radio"/>	107 <input type="radio"/>	147 <input type="radio"/>	187 <input type="radio"/>	227 <input type="radio"/>	267 <input type="radio"/>
28 <input type="radio"/>	68 <input type="radio"/>	108 <input type="radio"/>	148 <input type="radio"/>	188 <input type="radio"/>	228 <input type="radio"/>	268 <input type="radio"/>
29 <input type="radio"/>	69 <input type="radio"/>	109 <input type="radio"/>	149 <input type="radio"/>	189 <input type="radio"/>	229 <input type="radio"/>	269 <input type="radio"/>
30 <input type="radio"/>	70 <input type="radio"/>	110 <input type="radio"/>	150 <input type="radio"/>	190 <input type="radio"/>	230 <input type="radio"/>	270 <input type="radio"/>
31 <input type="radio"/>	71 <input type="radio"/>	111 <input type="radio"/>	151 <input type="radio"/>	191 <input type="radio"/>	231 <input type="radio"/>	271 <input type="radio"/>
32 <input type="radio"/>	72 <input type="radio"/>	112 <input type="radio"/>	152 <input type="radio"/>	192 <input type="radio"/>	232 <input type="radio"/>	272 <input type="radio"/>
33 <input type="radio"/>	73 <input type="radio"/>	113 <input type="radio"/>	153 <input type="radio"/>	193 <input type="radio"/>	233 <input type="radio"/>	273 <input type="radio"/>
34 <input type="radio"/>	74 <input type="radio"/>	114 <input type="radio"/>	154 <input type="radio"/>	194 <input type="radio"/>	234 <input type="radio"/>	274 <input type="radio"/>
35 <input type="radio"/>	75 <input type="radio"/>	115 <input type="radio"/>	155 <input type="radio"/>	195 <input type="radio"/>	235 <input type="radio"/>	275 <input type="radio"/>
36 <input type="radio"/>	76 <input type="radio"/>	116 <input type="radio"/>	156 <input type="radio"/>	196 <input type="radio"/>	236 <input type="radio"/>	276 <input type="radio"/>
37 <input type="radio"/>	77 <input type="radio"/>	117 <input type="radio"/>	157 <input type="radio"/>	197 <input type="radio"/>	237 <input type="radio"/>	277 <input type="radio"/>
38 <input type="radio"/>	78 <input type="radio"/>	118 <input type="radio"/>	158 <input type="radio"/>	198 <input type="radio"/>	238 <input type="radio"/>	278 <input type="radio"/>
39 <input type="radio"/>	79 <input type="radio"/>	119 <input type="radio"/>	159 <input type="radio"/>	199 <input type="radio"/>	239 <input type="radio"/>	279 <input type="radio"/>
40 <input type="radio"/>	80 <input type="radio"/>	120 <input type="radio"/>	160 <input type="radio"/>	200 <input type="radio"/>	240 <input type="radio"/>	280 <input type="radio"/>

CONTINUE ON REVERSE SIDE

RAW SCORES		
Factor Scales	Full Scales	
Factor I	F	
Factor II	DEF	
Factor III	ADJ	
Factor IV	ACH	
Short Scales		
F-S	IS	
DEF-S	DVL	
ADJ-S	SOM	
ACH-S	D	
IS-S	FAM	
DVL	DLQ	
SOM-S	WDL	
D-S	ANX	
FAM-S	PSY	
DLQ-S	HPR	
WDL-S	SSK	
ANX-S	All Forms	
PSY-S	L	
HPR-S		
SSK-S		

401 ( ) ( ) ( )  
402 ( ) ( ) ( )  
403 ( ) ( ) ( )  
404 ( ) ( ) ( )  
405 ( ) ( ) ( )  
406 ( ) ( ) ( )  
407 ( ) ( ) ( )  
408 ( ) ( ) ( )  
409 ( ) ( ) ( )  
410 ( ) ( ) ( )

411 ( ) ( ) ( )  
412 ( ) ( ) ( )  
413 ( ) ( ) ( )  
414 ( ) ( ) ( )  
415 ( ) ( ) ( )  
416 ( ) ( ) ( )  
417 ( ) ( ) ( )  
418 ( ) ( ) ( )  
419 ( ) ( ) ( )  
420 ( ) ( ) ( )

361 ( ) ( ) ( )  
362 ( ) ( ) ( )  
363 ( ) ( ) ( )  
364 ( ) ( ) ( )  
365 ( ) ( ) ( )  
366 ( ) ( ) ( )  
367 ( ) ( ) ( )  
368 ( ) ( ) ( )  
369 ( ) ( ) ( )  
370 ( ) ( ) ( )

371 ( ) ( ) ( )  
372 ( ) ( ) ( )  
373 ( ) ( ) ( )  
374 ( ) ( ) ( )  
375 ( ) ( ) ( )  
376 ( ) ( ) ( )  
377 ( ) ( ) ( )  
378 ( ) ( ) ( )  
379 ( ) ( ) ( )  
380 ( ) ( ) ( )

321 ( ) ( ) ( )  
322 ( ) ( ) ( )  
323 ( ) ( ) ( )  
324 ( ) ( ) ( )  
325 ( ) ( ) ( )  
326 ( ) ( ) ( )  
327 ( ) ( ) ( )  
328 ( ) ( ) ( )  
329 ( ) ( ) ( )  
330 ( ) ( ) ( )

331 ( ) ( ) ( )  
332 ( ) ( ) ( )  
333 ( ) ( ) ( )  
334 ( ) ( ) ( )  
335 ( ) ( ) ( )  
336 ( ) ( ) ( )  
337 ( ) ( ) ( )  
338 ( ) ( ) ( )  
339 ( ) ( ) ( )  
340 ( ) ( ) ( )

281 ( ) ( ) ( )  
282 ( ) ( ) ( )  
283 ( ) ( ) ( )  
284 ( ) ( ) ( )  
285 ( ) ( ) ( )  
286 ( ) ( ) ( )  
287 ( ) ( ) ( )  
288 ( ) ( ) ( )  
289 ( ) ( ) ( )  
290 ( ) ( ) ( )

291 ( ) ( ) ( )  
292 ( ) ( ) ( )  
293 ( ) ( ) ( )  
294 ( ) ( ) ( )  
295 ( ) ( ) ( )  
296 ( ) ( ) ( )  
297 ( ) ( ) ( )  
298 ( ) ( ) ( )  
299 ( ) ( ) ( )  
300 ( ) ( ) ( )

381 ( ) ( ) ( )  
382 ( ) ( ) ( )  
383 ( ) ( ) ( )  
384 ( ) ( ) ( )  
385 ( ) ( ) ( )  
386 ( ) ( ) ( )  
387 ( ) ( ) ( )  
388 ( ) ( ) ( )  
389 ( ) ( ) ( )  
390 ( ) ( ) ( )

341 ( ) ( ) ( )  
342 ( ) ( ) ( )  
343 ( ) ( ) ( )  
344 ( ) ( ) ( )  
345 ( ) ( ) ( )  
346 ( ) ( ) ( )  
347 ( ) ( ) ( )  
348 ( ) ( ) ( )  
349 ( ) ( ) ( )  
350 ( ) ( ) ( )

301 ( ) ( ) ( )  
302 ( ) ( ) ( )  
303 ( ) ( ) ( )  
304 ( ) ( ) ( )  
305 ( ) ( ) ( )  
306 ( ) ( ) ( )  
307 ( ) ( ) ( )  
308 ( ) ( ) ( )  
309 ( ) ( ) ( )  
310 ( ) ( ) ( )

391 ( ) ( ) ( )  
392 ( ) ( ) ( )  
393 ( ) ( ) ( )  
394 ( ) ( ) ( )  
395 ( ) ( ) ( )  
396 ( ) ( ) ( )  
397 ( ) ( ) ( )  
398 ( ) ( ) ( )  
399 ( ) ( ) ( )  
400 ( ) ( ) ( )

351 ( ) ( ) ( )  
352 ( ) ( ) ( )  
353 ( ) ( ) ( )  
354 ( ) ( ) ( )  
355 ( ) ( ) ( )  
356 ( ) ( ) ( )  
357 ( ) ( ) ( )  
358 ( ) ( ) ( )  
359 ( ) ( ) ( )  
360 ( ) ( ) ( )

311 ( ) ( ) ( )  
312 ( ) ( ) ( )  
313 ( ) ( ) ( )  
314 ( ) ( ) ( )  
315 ( ) ( ) ( )  
316 ( ) ( ) ( )  
317 ( ) ( ) ( )  
318 ( ) ( ) ( )  
319 ( ) ( ) ( )  
320 ( ) ( ) ( )

## **Vedlegg 3**

### **Personlighetsinventorium for barn (PIC) – profilskjema**



# **Personality Inventory for Children (PIC)**

## **Revised Format Profile Form**

W.D. Swin, Ph.D., J. Loeber, Ph.D., J.K. Wines, Ph.D.,  
and P.D. Smit, Ph.D.

Published by  
**wps** WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES  
1201 Wilshire Blvd., Los Angeles, CA 90017-1091  
Publishers and Distributors

## **MALE/Ages 6-16 420-item Administration**

Child's Name: \_\_\_\_\_  
Birthdate: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date Tested: \_\_\_\_\_  
Grade: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_  
Informant: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_  
Reason for Assessment: \_\_\_\_\_

FACTOR SCALES											PROFILE SCALES																		
F											P																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125	125
120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115
110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110
105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

RAW  
SCORES

RAW  
SCORES

\*This scale is not a substitute for an individual assessment administered to the child.  
Note: The 420-item (Parts I, II, and III) administration is scored by entering the Profile Scales (and Factor Scales if desired)  
for 120-item (Part I) and 280-item (Parts II and III) administrations must be scored on the other side of this Profile Form.

Normal  
Mild problem  
Moderate problem  
Severe problem

## **Vedlegg 4**

### **Konsesjon til å behandle personopplysninger**





**Bredtvet kompetansesenter**  
**Statlig spesialpedagogisk støttesystem**

Bekreftelse

23.03.2007

**KONSESJON TIL Å BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER**

Datatilsynet har med virkning fra 15.06.04 gitt Bredtvet kompetansesenter med hjemmel i personopplysningsloven § 33, jf. § 34, konsesjon til å behandle personopplysninger til følgende formål: Statlig spesialpedagogisk støttesystem.

Behandlingsansvaret er Utdanningsdirektoratet. Det daglig ansvaret ligger hos virksomhetenes øverste leder. Det daglig ansvaret kan delegeres.

Konsesjonen er gitt under forutsetning av at behandling foretas i henhold til de bestemmelser som følger av personopplysningsloven med forskrifter.

Anne Berit Andreassen  
avdelingsleder